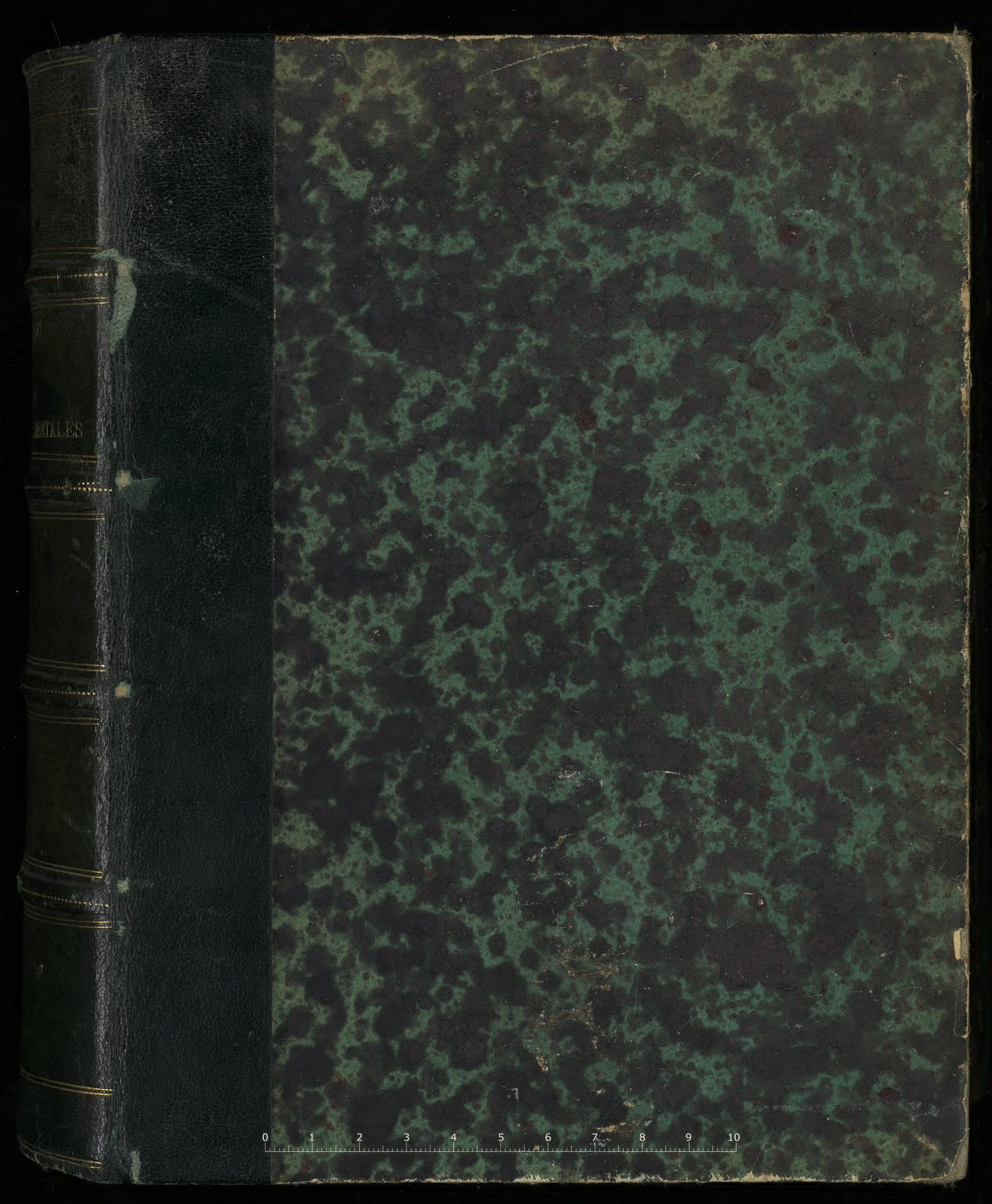
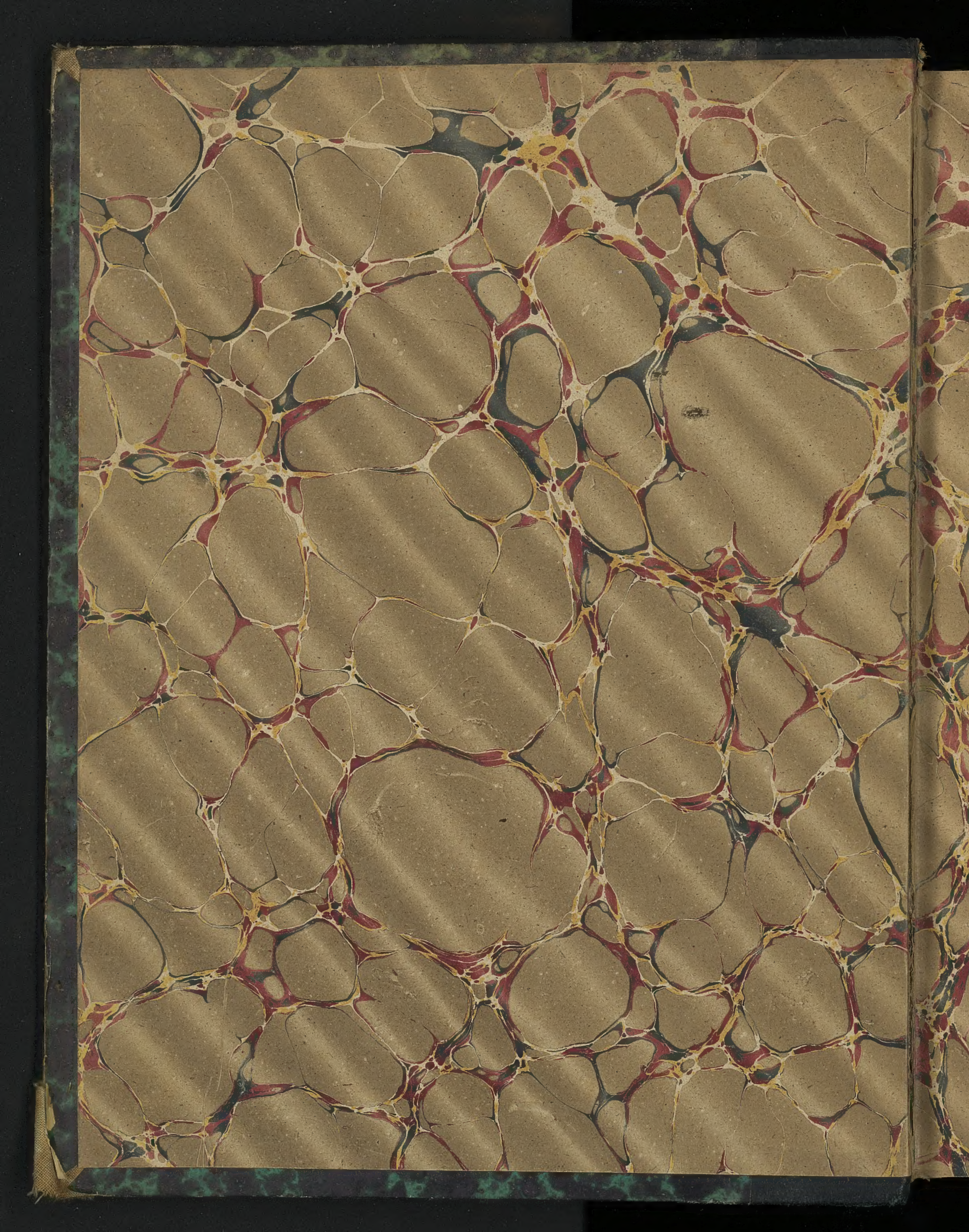
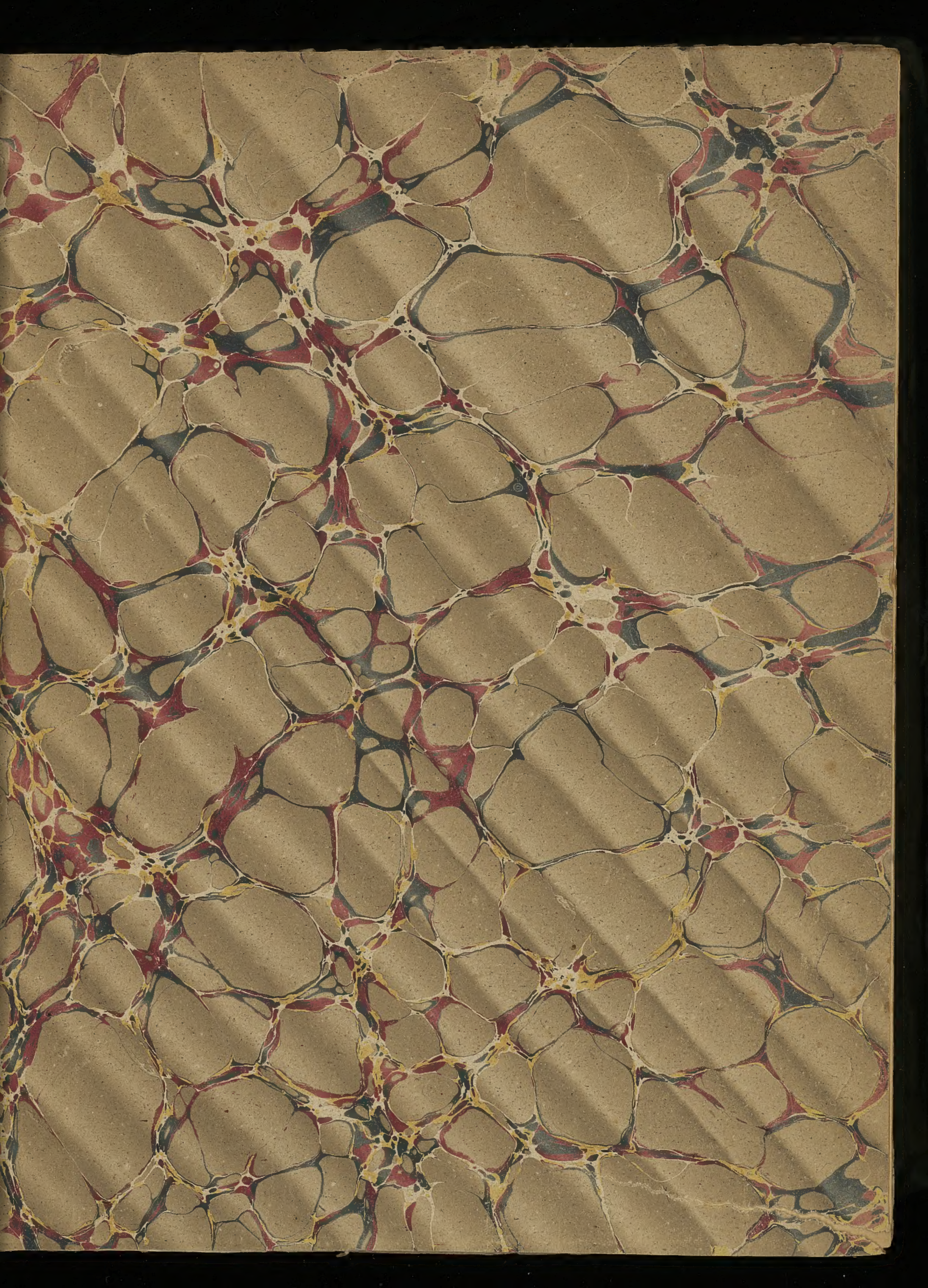
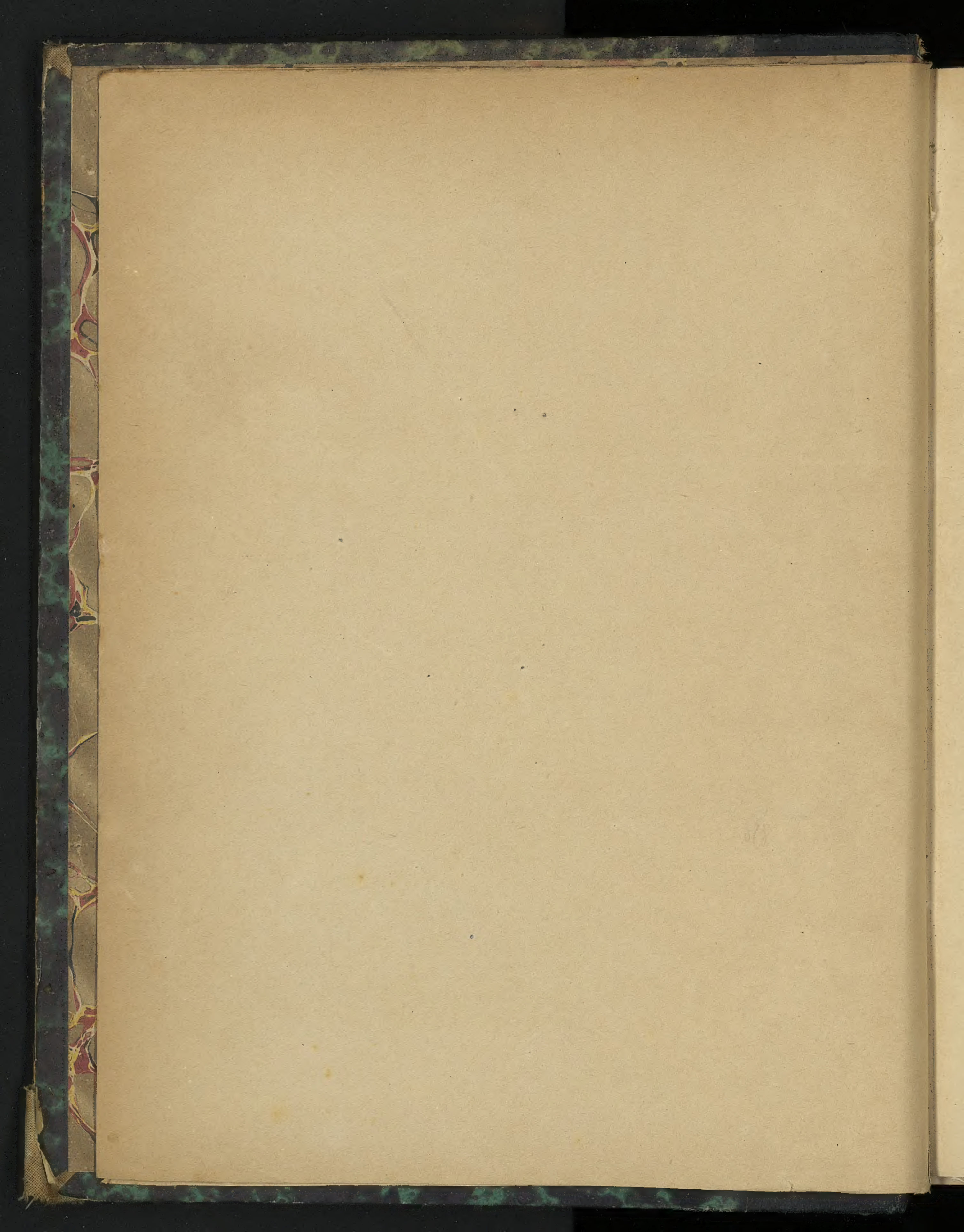








8 Novembre 1885.

Messieurs,

J'ai l'intention cette année comme l'année dernière, de faire un cours divisé en deux parties : des leçons théoriques le dimanche, et l'examen clinique des maladies, le jeudi.

Les malades que nous avons à vous présenter à la

Salpêtrière sont, en général, peu interessantes, parce que nous n'avon[s] guère que des cas chroniques. Cependant, je chercherai à choisir dans le service des malades qui pourront avoir le plus d'intérêt pour vous les présenter.

Je chercherai à les faire causer, manifester devant vous, et à faire quelques réflexions, quelques observations à l'occasions desquel[les] les malades eux-mêmes appelleront votre attention.

Dans les leçons générales du dimanche, je me propose, cette année, de m'étendre un peu plus que l'année dernière sur chacune des formes que j'ai l'intention de décrire devant vous.

L'année dernière j'avais cherché à être élémentaire et je crois que l'enseignement de la Salpêtrière n'étant pas un enseignement officiel, un enseignement officiel, n'étant pas obligé à parcourir, dans un temps donné, toute l'étendue de la pathologie men-

tale, il est bon de se restreindre à la description de quelques formes particulières qui méritent d'attirer plus spécialement notre attention; et de s'appesantir sur chacun des détails, de manière à approfondir cette description.

Je me bornerai donc, cette année à la description de trois ou quatre formes principales: la paralysie générale, le délire de persécution, les variétés de la méla

colie et les diverses variétés des folies héréditaires. Tel sera, cette année, l'objet de mon cours qui aura lieu pendant huit dimanches, c'est à dire qui sera réduit à 8 leçons théoriques. J'aurais pu, dès aujourd'hui, entrer en matière directement et commencer l'étude de la paralysie générale; mais il m'a semblé que, dans l'état actuel de la science au milieu des dissendences nombreuses qui existent parmi nous au point de vue des classifica-

tions, il était indispensable de faire comme l'année dernière, une première leçon d'ouverture dans laquelle je vous exposerais rapidement la manière dont je comprends la pathologie mentale, la classification que nous devons adopter aujourd'hui et la transformation qui s'est opérée dans la science depuis une quarantaine d'années. Il m'a paru indispensable de faire une leçon générale, comme l'année dernière, avant d'entrer

dans les descriptions particulières qui feront l'objet plus spécial du cours de cette année.

Aujourd'hui, je me propose de diviser la leçon en trois parties. Dans la première, je ferai un historique rapide de la médecine mentale depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, mais en m'appesantissant surtout sur notre époque, c'est à dire, sur l'époque de Pinel et d'Esquirol.

Dans la seconde partie, je chercherai à critiquer et à examiner

avec vous la classification régnante de Pinel et d'Esquirol qui domine encore aujourd'hui dans la science. Enfin, dans la troisième partie, je chercherai à vous montrer qu'il est possible, dès aujourd'hui, de substituer à cette classification imparfaite et tout à fait artificielle, des descriptions de formes plus naturelles, plus vraies et plus scientifiques que celles que nous possédons aujourd'hui.

L'histoire de la médecine mentale peut remonter jusqu'à

l'antiquité. Dans les ouvrages anciens d'Hippocrate, d'Arétée, de Celse Aurelius et de plusieurs autres, on trouve des descriptions très bien faites, quoique très rapides, très brèves, des diverses formes de maladies mentales; la manie, la mélancolie, la frénésie et quelques autres formes encore sont décrites par ces auteurs anciens, avec une précision et une exactitude qui nous étonnent encore aujourd'hui.

A partir de cette époque, l'his-

toire de la médecine mentale ne s'est pas sensiblement modifiée. Pendant le moyen-âge et pendant les siècles qui ont suivi, on a vécu absolument sur les idées formulées par les anciens médecins, aucun progrès nouveau ne s'est produit.

La médecine mentale n'était pas encore constituée à l'état de science spéciale; elle était fusionnée dans la pathologie générale. C'est ce qui a eu lieu presque jusqu'à notre époque.

Les auteurs qui se sont préoccupés, en passant, de décrire les aliénés et d'examiner les différentes formes connues des maladies mentales, ces auteurs, tels que Stahl, Hoffmann, Boërhaave, Van Swieten, Sydenham, et, plus tard Sauvage, Cullen, tous les pathologistes et classificateurs ordinaires, ont traité incidemment des formes d'aliénation mentale sous des noms différents, mais cette spécialité n'était pas constituée d'une manière distincte et tout à fait

spéciale. Ce n'est qu'à partir de Pinel que la médecine mentale est entrée dans une voie nouvelle, dans une voie absolument séparée. Nous pouvons donc faire dater l'histoire de la maladie mental[e] de Pinel et d'Esquirol, au moins en ce qui concerne notre ép[o]que. Vous savez tous, Messieurs, la gloire de Pinel, qui a été l'objet d'une attention spécia[le] dans ces derniers temps, à l'oc[-]casion de l'inauguration de la

statue sur la place de la Salpêtrière.

Je n'ai pas à vous parler, aujourd'hui de la mission philantropique sur laquelle on a attiré l'attention dans les différents discours qui ont été prononcés à cette occasion. Pinel a eu une double action sur la science et sur la pratique. Le mouvement qu'il a imprimé a été à la fois philantropique et scientifique.

Je n'ai pas à insister aujourd'hui sur le mouvement philantropique qui a été extrêmement puissant. Pinel a proclamé les

principes de bienveillance et de
douceur à l'égard des aliénés ; il
a proclamé la nécessité de l'iso-
lement, la création d'asiles spé-
ciaux pour renfermer ces malheu-
reux, pour les traiter, pour les
soigner, pour tâcher de les guérir
pour les entourer de tous les soins
et de toutes les manifestations de
la bienveillance, par opposition
au traitement si rigoureux, qui
était en usage avant lui. Je ne
m'occuperai, aujourd'hui, que du
coté scientifique de sa mission.

Le côté scientifique peut, lui-même, être divisé en deux parties. Pinel a été un pathologiste avant d'être un spécialiste. Il a fait une nosographie générale qui, à son époque, a eu une grande action sur le mouvement de la science, et qui a imprimé une direction, momentanée au moins, à la classification des maladies. A l'époque où il professait à l'époque de médecine, il était en lutte en Corvisart ; l'école de la Salpêtrière était face à

face avec l'école de la Charité.
Pinel a donc eu une action spé
ciale sur le mouvement de la
médecine à son époque. Mais,
c'est au point de vue de la mé
decine mentale que j'ai à étudi
aujourd'hui, rapidement, les pri
cipes qui l'ont dirigé.
Pinel a emprunté ses classifica
tions, les bases de ses classifica
tions aux anciens : La mani
la mélancolie, la démence, l'id
tisme, étaient déjà considérés
comme des formes spéciales pa

médecins, par tous ceux qui avaient précédé Pinel. Sauvages et Cullen, en particulier, avaient fait intervenir cette dénomination dans leurs classifications.

Pinel a donc adopté ces classifications empruntées aux anciens, mais il y a ajouté certains principes sur lesquels il importe d'insister. Pinel était l'enfant de son siècle, non seulement au point de vue des idées philantropiques, mais même au point de vue des idées phi_

losophiques ; il était l'enfant de
la philosophie du 18me siècle et
de la Révolution française ; c'es
dans les philosophes du 18me
siècle, c'est dans Locke & Condillac
qu'il a surtout puisé les élémen
de ses doctrines. Aussi, a-t-il c
ché comme eux, à superposer la
psychologie de l'époque à la d
trine des médecins anciens.
Pour lui, la manie n'était pa
seulement l'expression d'une
forme mentale caractérisée par

l'excitation et par le trouble général des idées; elle était en même temps un ensemble de manifestations des folies de l'intelligence; la mélancolie représentait la folie de la sensiblité, et la manie sans délire, la manie instinctive, représentait la folie de la volonté des instincts.

Il a donc superposé une classification psychologique à la classification médicale. Folie de l'intelligence, folie de la sensiblité, folie de la volonté, telles sont

les trois grandes divisions que
Pinel a adopté comme conséquen
de ses doctrines philosophiques.
Cette pensée philosophique qui
domine dans tous les ouvrages
de Pinel, il l'a transportée da
toutes les branches de la pat
logie.
L'étiologie elle-même a été in
prêtée à l'aide de ces doctrine
Il attachait une grande imp
tance à l'influence des émo
tions vives, de la frayeur, de

causes morales en un mot, dans la production de la folie. De même, il attribuait une influence à ce traitement moral, personnel, direct, des émotions, pour la guérison de la folie. Les doctrines philosophiques de Pinel sont donc dominantes, dominent tous ses ouvrages et, si Pinel a un côté clinique résultant de l'observation directe des malades, d'autre part les doctrines philosophiques ont pris sur son esprit une grande influence et

dominent tous ses ouvrages. C'es
un point sur lequel il importe
beaucoup d'insister, parceque c'
dans cette voie qu'il a engagé
la médecine mentale, et que s
successeurs l'ont suivi pendan
de longues années.

Pinel ne croyait pas beaucoup à
l'influence, à l'action des lés
anatomiques cérébrale sur la p
duction de la folie. Il admet
fait bien que la folie était un
maladie cérébrale, mais il n

croyait pas que les lésions trouvées à l'autopsie des aliénés, c'est à dire, des opacités des méninges, des inflammations, des congestions, étaient la véritable cause des phénomènes multiples des maladies mentales.

Il considérait ces lésions comme des effets plutôt que comme des causes véritables des maladies qu'il découvrait.

Le côté de l'anatomie pathologique domine donc très peu

dans les écrits de Pinel. Il
en est de même de son plus i
lustre élève, Esquirol. Esquirol a
subi l'influence, la direction im
primée par son maître et, to
en ayant observé les aliénés
pendant toute sa vie avec le p
grand soin, d'une manière cli
nique, avec une extrême sagac
et avec une vérité d'observat
qui se retrouve dans tous ses o
vrages, on ne peut pas mécon
naître que, dans tous les ou-
vrages d'Esquirol, comme da

ceux de Pinel, la tendance philosophique, psychologique est dominante. Dès ses premiers débuts dans la carrière dans la carrière médicale, Esquirol dans sa Thèse, Esquirol, dans sa thèse, avait traité de l'influence des passions, comme causes, comme symptômes et moyens de traitement des maladies mentales. Sa thèse était une thèse absolument psychologique, absolument philosophique. Il en est de même de plusieurs parties de ses ouvrages. Esquirol a ratta-

chi les diverses formes de la classifi-
cation de Pinel à des lésions psy-
chologiques. Pour lui, la lésion ini-
tiale, fondamentale, était la lésion
de l'attention était concentrée sur
certains objets, sur certaines idées
fixes. Dans la manie, elle était
au contraire, dispersée sur tous
objets. Il y avait la lésion de
l'attention en plus ou moins.
Esquirol a poursuivi ces division
psychologiques jusque dans la
~~formes~~ l'étude des formes spé-

ciales et surtout des monomanies. Il les avait divisées en monomanie intellectuelle, en monomanie sentimentale et en monomanie instinctive. La psychologie a donc joué un grand rôle dans les classifications et dans les ouvrages d'Esquirol, comme dans les ouvrages de Pinel. Je tiens à insister sur ce côté psychologique, parce que c'est l'impulsion donnée dans ce sens qui a réagi sur la médecine mentale pendant de très longues années.

Les élèves et les successeurs de
Pinel et d'Esquirol, qui ont su
entièrement leur impulsion sous be
coup de rapports, s'en sont séparé
cependant sur un point importan
sur le point des lésions anatom
ques. C'était en 1816, à la Sal
pêtrière, alors que Broussais ven
de publier son examen des doc
trines, alors que Gall exerçait
influence particulière sur plusieu
élèves appartenant à l'école de

Pinel et d'Esquirol, c'était en 1816, dis-je, qui commencèrent les travaux des élèves qui, plus tard, sont devenus des maîtres, sur l'anatomie pathologique de la folie. Rostan préludait, à la Salpétrière, à ses travaux sur le ramollissement du cerveau. Calmel commençait ses études, qui l'ont illustré plus tard, sur l'anatomie, sur les encéphalites, produit de la folie chronique; d'autres élèves autour d'eux, se groupaient, tels que

Georget, mon père, Félix Voisin,
Ferrus, Bayle et Calmeil. Cette
jeune école qui avait subi com
plètement l'impulsion de Pinel
ou d'Esquirol au point de vue
psychologique, au point de vue
de la clinique, au point de vue
du traitement des maladies m
tales, se sépara violemment de
maîtres au point de vue anato
mique. Sous l'influence des
idées qui régnaient alors, ces mé
cins firent de nombreuses autop

sies, étudièrent avec soin les lésions des méninges et de la surface du cerveau, et arrivèrent à se convaincre que ces lésions étaient, contrairement, à l'opinion de leurs maîtres, suffisantes pour arriver à donner l'explication, pour rendre compte de tous les symptômes psychiques des maladies mentales. Il y eut alors un mouvement anatomique très prononcé dans la science, un grand mouvement qui se révéla par des thèses, par des ouvrages

publiés par ces différents médecins dont je viens de vous citer les nom et c'est de ce mouvement anatomique qu'est sortie la plus grande conquête de la médecine mentale moderne, c'est à dire la description de la paralysie générale. C'est à Charenton que Royer-Collard, le premier, attira l'attention de ses élèves ou plutôt sur cette complication de la folie car, à cette époque, on ~~paralysie~~ considérait la paralysie générale

comme une complication plutôt que comme une maladie spéciale. Royer Collard n'a rien écrit, il a laissé des élèves qui ont propagé et développé ses idées.

Bayle en 1822, 1824, 1826, a publié des mémoires et un gros volume sur la paralysie générale; Calmeil, en 1826, a publié également un volume sur la même maladie. Ces deux ouvrages sont considérables, ils sont le point de départ des études qui ont été faites depuis sur cette maladie

Ils sont tellement bien observés
et contiennent des descriptions
exactes qu'aujourd'hui encore v
pouvez les lire avec le plus gr
fruit. Ils contiennent l'exposi
des faits principaux relatifs à
la paralysie générale. Je n'ai
pas à vous parler aujourd'hu
de cette maladie; ça sera le s
jet de la prochaine leçon; je
tenais seulement à vous sign
ler ce grand fait que l'étu
des lésions anatomiques da
la folie, a produit la déco

verte de cette maladie si importante qui a joué un si grand rôle dans toute l'étude des maladies mentales, depuis 50 ans. Les élèves de Pinel et d'Esquirol avaient donc ouvert une voie nouvelle dans la direction des lésions anatomiques du cerveau et cette direction s'est perpétuée pendant longtemps.

Mais, indépendamment de ces études spéciales, ils ont continué également dans la voie psychologique, et, pendant plus de 40

ans, les successeurs de Pinel et
et Esquirol ont étudié la folie
au point de vue psychologique
Ils ont cherché dans les auteu[rs]
de leur époque, des psycholog[ues]
de l'école écossaise et même
parmi les psychologue français
des divisions de facultés qu'i[ls]
ont cherché à importer dans
la médecine mentale. Ce tra[vail]
qui a été accompli par un
grand nombre d'auteurs, a
été très général pendant u[n]
grand nombre d'années.

On a cherché à importer dans la médecine mentale les doctrines des philosophes et on a étudié, chez les aliénés, les lésions de facultés que les philosophes avaient admises à l'état normal. C'est là une seconde direction de la science sur laquelle il importe d'appeler votre attention.

Une troisième direction s'est produite plus tard, surtout en Allemagne et a retenti même en France, après avoir été très développée de l'autre coté du Rhin. C'est ce qu'on a

appelé l'école somatique. Les mé
decins, en tête desquels se trouve
l'illustre Jacobi, au lieu de se con
tenter d'étudier les lésions du ce
veau qui pouvaient donner lieu
aux maladies mentales, ont che
ché dans tous les autres organ
de l'économie, les causes vérit
bles du délire de l'aliénation
mentale. Ils ont cru que c'ét
dans le cœur, dans le poumon
dans l'abdomen, dans les di
rents organes, dans le foie, a

la circulation abdominale, dans les organes génitaux, dans la matrice, en un mot dans tous les organes autres que le cerveau, qu'il fallait chercher la cause première des manifestations des délires chroniques, comme on l'a cherchée dans certaines maladies, pour le délire aigu.

Ils ont assimilé le délire chronique de la folie au délire des maladies aiguës, dans la fièvre typhoïde, par exemple, dans les autres maladies fébriles que l'on étudie, dans la pathologie mentale; ils ont voulu

exagérer la doctrine des folies sym-
pathiques que les élèves d'Esq-
que je citais tout à l'heure ava-
nié presque absolument la foli-
sympathique. Les auteurs allem-
au contraire, ont fait une réactio-
en sens inverse. Ils ont générali-
la folie sympathique ; pour eu-
toute folie cérébrale était l'excep-
tion et la plupart des folies
au lieu d'être idiopathiques, ét-
dues à des lésions ~~autres~~ des
organes autres que le cerveau

C'est dans cette voie que beaucoup de médecins allemands ont publié des mémoires, des thèses, des ouvrages qui ont exercé une grande influence sur la pathologie mentale à l'étranger et même en France.

Vous voyez donc, messieurs, par ce résumé, que je suis obligé d'être très bref pour arriver au but principal de cette leçon, vous voyez que trois grandes écoles surtout ont régné sur notre science spéciale : l'école somatique qui attribuait aux lésions

aux lésions tangibles et visibles du
cerveau toutes les manifestations d
délire, l'école philosophique et psy
chologique qui cherchait à interpré
et à classer les manifestations du
délire à l'aide des doctrines psy
chologiques régnantes, qui import
dans la pathologie mentale les
visions de facultés admises par
les philosophes à l'état norm
et qui croyait expliquer ainsi e
décrire avec plus d'exactitude
les phénomènes particuliers des

maladies mentales ; enfin l'école somatique qui, au lieu d'appesantir son attention sur les lésions du cerveau, ou sur les lésions des facultés mentales, étudiait surtout les lésions des divers organes de l'organisme autres que le cerveau comme produisant indirectement l'aliénation mentale.

Ces trois écoles ont eu chacune une utilité et un avantage. Les études anatomiques du cerveau ont fait pousser plus loin l'observation attentive des lésions anatomiques

dans la pathologie cérébrale et
ont certainement un grand int
au point de la science comm
au point de vue de l'observati
de la description des maladie
Mais il faut le reconnaître, ju
qu'à présent elles n'ont pas p
servir de base à l'étude véri
ble des maladies mentales. L'
natomie pathologique du cerveau
quoiqu'elle ait fait de grands
progrès, dans ces dernières an
surtout, n'est pas encore arriv

a permettre de mettre les lésions observées à l'autopsie en rapport avec les phénomènes observés chez les malades pendant la vie. On n'a pas pu établir de relation entre les lésions anatomiques trouvées à l'autopsie et les manifestations psychiques des aliénés. Jusqu'à présent, malgré les localisations cérébrales, malgré les travaux si considérables faits dans ces dernières années, à propos de l'aphasie et sur les autres localisations cérébrales, nous ne sommes

pas encore arrivés à pouvoir fair
de l'anatomie pathologique, la b
de la clinique et de la médecine
mentale. Il en est de même, à
plus forte raison, de l'école psy
logique.

Il semblait, à première vue, tr
naturel de chercher, dans la phy
logie, la base de la médecine e
de chercher dans la psychologi
la base de la médecine mental
Cette idée qui se présente à p
mière vue, à tous les esprits, p
rait séduisante, mais elle n'a

produit, jusqu'à présent, que des résultats négatifs. On est arrivé à faire un travail très intéressants pour les curieux de la nature : une espèce de tour de force qui consiste à rechercher, chez les aliénés, et aux diverses périodes, dans les différentes formes de l'aliénation mentale, les lésions de telle ou telle faculté mentale admise par les psychologues ; on a créé un espèce de tableau synoptique dans lequel on avait fait des cases, des vides, où l'on devait

placer successivement toutes les
lésions, toutes les fragmentations
lésions qu'on observait chez les
nés. Mais ce travail considéra
qui a été fait, en dernier lieu
par M. Parchappe, en 1850, da
un travail intitulé symptoma
logie de la folie, ce travail, in
sant au point de vue psycholo
gique, n'a donné aucun résulta
clinique. On est arrivé à réuni
ainsi artificiellement dans les
mêmes cases les lésions de fau

–

empruntées aux formes des périodes les plus les plus diverses des maladies mentales. On a réuni ce qui devait être séparé, on a séparé ce qui devait être uni. On a rompu les rapports naturels des faits, et au lieu d'observer les aliénés tels qu'ils sont, avec l'ensemble des phénomènes connexes qui composent chacune des formes de l'aliénation mentale, on a tout fragmenté puis séparé pour déplacer les différentes lésions et les mettre dans des cases préparées à l'avance, de ce tableau

synoptique psychologique ; on est
arrivé là à un travail tout à
fait artificiel qui ne peut produi
aucun résultat sérieux pour la
médecine. Le médecin étant, av
tout, un thérapeutiste ou un hom
de diagnostic et de pronostic
n'a rien à faire de toutes ces di
tions psychologiques ; elles ne p
vent lui servir à rien au poin
de vue réellement médical. Elle
peuvent avoir un intérêt au poi
de vue de la curiosité, au poi

vue de la science théorique, au point de vue de l'abstraction, mais elles n'ont point d'intéret au point de vue pratique, au point de vue auquel doit se placer le médecin. La clinique seule doit être la base de l'étude des maladies mentales pour le médecin digne de ce nom.

L'école somatique a produit également des résultats interessants en ce sens qu'elle a fait mieux étudier les différentes lésions des organes dans la folie. Mais c'est là un côté

tout à fait élémentaire, access[oire]
dont on a eu tort de faire le côté
principal, le côté dominant de
servation. Ces études nombreuse[s]
de l'école somatique allemande
n'ont donc abouti qu'à mieux
faire connaître les phénomènes p[hy-]
siques que l'on observe dans les
différentes formes de maladies
tales, mais elles n'ont pas co[n-]
duit à des résultats importan[ts]
comme le supposaient les auteu[rs]
les maîtres qui ont donné cette
impulsion à la science, dans

Je dis donc, Messieurs, que ces trois directions de la science doivent aujourd'hui être abandonnées. Certainement on peut cultiver l'anatomie pathologique du cerveau et on doit chercher à s'en occuper spécialement, mais, jusqu'à présent, on n'a pas encore trouvé la clef de l'étude des lésions du cerveau dans la folie et des rapports, des relations qui peuvent exister entre ces lésions et les phénomènes observés pendant la vie. Il en est de même de la méthode psychologique et de la méthode soma-

tique, qui ne peuvent être étudiées
qui accessoirement et qui ne peuvent
pas servir de base à l'étude, à
description et à la classification d
maladies mentales.

Que faut-il donc faire pour sorti
de ces trois courants qui ont été p
courus jusqu'à présent par nos pr
décesseurs? L'indication est forme
Il faut s'engager dans la voie
nique, il faut chercher dans les
maladies mentales, des effets na
turels comme dans l'histoire d
plantes, comme dans la Zool

comme dans la botanique ; il faut chercher à décrire des maladies réelles telles qu'elles existent dans la nature, des maladies caractérisées par l'ensemble de symptômes physiques et moraux et par une marche, une évolution possible à prévoir. Tel est le but que nous devons nous proposer aujourd'hui dans la science et qui a déjà été atteint en partie pour certaines formes connues des maladies mentales.

La classification encore aujourd'hui régnante de Pinel et d'Esquirol

ne répond pas malheureusement à
cette idée là.

Cette classification se compose de
quatre formes principales :

La Manie,
La Mélancolie
La Monomanie
La démence.

On doit encore y ajouter pour êt
complet, ~~la monomanie~~ l'imbé
et l'idiotisme qui constituent u
forme à part, distincte des ma
dies mentales. Telle est la cla
fication adoptée par Pinel et

Esquirol et par toute leur école, par les élèves qui se sont succédé depuis trois générations. Il est très remarquable, en effet, que tandis que, dans toutes les autres sciences, le mouvement scientifique, depuis le commencement du siècle, a été extrêmement rapide et a subi de nombreuses transformations, comme cela a eu lieu, par exemple, pour la chimie et pour d'autres sciences du même genre, notre science spéciale, au contraire, s'est en

quelque sorte, immobilisée, et trois
générations ont été sacrifiées au
mêmes idées, aux mêmes prin
cipes, aux mêmes doctrines.
Nous sommes encore tous aujour
les élèves directs de Pinel et E
quirol, et leur classification rè
encore, au moins en apparence
en maîtresse absolue dans la

Cependant, comme je vou
disais tout à l'heure, un trav
considérable s'est opéré depuis
quarante ans et c'est sur ce po

que j'insisterai en terminant. La Manie, la Mélancolie, la Démence, ne représentent en réalité, que des états symptomatiques, que des états comme l'état fébrile comme l'état typhoïde : ce sont des états symptomatiques et ce ne sont pas des formes véritables de maladie mentale.

Qu'est-ce, en effet, que la manie ?

On entend par maniaque un individu qui présente deux phénomènes principaux : L'excitation et le trouble général des idées.

D'après la classification régnan
la manie est constituée surtou
par ces deux caractères, l'exci
tion, c'est à dire le besoin inces
de mouvement, d'agitation, et l
tivité incessante des idées qui
succèdent avec rapidité, sans
d'une manière presque incohér
Tels sont les deux caractères q
servent de base à l'établissem
de cette forme de maladie ment
qu'on appelle la manie. Ma
voyez combien de faits divers

disparates on réunit sous ce nom en apparence unique ; on met dans la même catégorie, d'une part, des maniaques qui arrivent à un extrême degré de l'agitation, qui sont sans cesse en mouvement, qui ne cessent pas de crier, de parler, de se mouvoir en tous sens, de lutter contre tout leur entourage, de casser, de briser, des malades auxquels en définitive, on met souvent la camisole.

Voilà le portrait général du ma-

niaque : C'est un malade qui cri
qui chante, qui gesticule, qui
cifère, qui parle incessamment
qui a des mouvements continuel
dans toutes les directions, qui
qui casse. Voilà la définition du
maniaque. Mais, à côté de cette
manie très aigüe qui peut arri
jusqu'au degré des méningites
plus aigües, on met dans la
classe, d'autres malades que
l'on dit être atteints d'excit
tion maniaque simple.

et qui sont dans un état tout à fait différent. Sans doute, ces malades se remuent, s'agitent; sans doute, ils parlent beaucoup et incessamment, mais combien le tableau de leur état intérieur diffère de celui du maniaque dont je vous parlais tout à l'heure. Ces malades, par exemple, ceux qui appartiennent à la période d'excitation de la folie circulaire, ces malades parlent sans cesse, mais ils parlent avec volubilité, avec suite, quelquefois même avec éloquence.

Leur mémoire est arrivé à un degré de sensibilité extraordinair leurs facultés sont surexcitées, acquièrent de l'esprit, de l'ent de la vivacité, des saillies, un vivacité d'intelligence qu'ils n vaient pas à l'état normal, ces malades nous étonnent sou nent par leurs idées, par l'e prit qu'ils déploient, par l les facultés intellectuelles qui lonnent, qui sont en ébulliti dans leur cerveau, dans leur telligence.

Voilà donc deux catégories de malades que l'on réunit sous le même nom de maniaques et qui n'ont aucun rapport entre eux, qui ne se ressemblent que par les apparences, et dont l'état mental est tout à fait différent, dont le diagnostic, le pronostic et le traitement sont différents. A côté de ces malades, on groupe également les maniaques épileptiques, les maniaques hystériques, les maniaques appartenant à la para-

lysie générale qu'on appelle les
maniaques congestifs ; on réuni
sous le même nom également
qu'à la manie sans délire et
la manie raisonnante.

Voilà une classification que l'
prétend naturelle et qui ne
que sur quelques caractères i
et dont l'ensemble des phé
nomènes diffère essentiellement
tout au tout.

La manie n'est donc, en réali
qu'un état symptomatique

n'est pas une forme naturelle de maladie mentale ; c'est une forme provisoire qui ne peut pas être conservée dans la science, qu'on ne conserve qu'en attendant de meilleures classifications. Il en est de même, et à plus forte raison, de la mélancolie. Le groupe des mélancoliques, tel que le comprenait Pinel qui embrassait tous les délires partiels, ou même tel que le comprenait Esquirol, qui avait séparé la monomanie de

la mélancolie, ce groupe est telle-
ment étendu qu'il comprend, à
lui seul, le tiers des aliénés en-
fermés dans nos asiles. Les mé-
lancoliques diffèrent les uns des
autres plus encore que les ma-
niaques. A côté du mélancoli-
que type, tel que le décrivait
Esquirol, ce malade immobile
assis sur un siège, ne faisant
aucun mouvement, ne parlant
pas, muet, immobile, dans la
tristesse et l'inertie, à côté

malade dont le degré extrême aboutit jusqu'à la stupeur, on classe, dans le nom de mélancoliques, d'autres aliénés qui, ont, au contraire, des apparences de raison, qui vont à vous, qui viennent à vous, qui parlent de tous les sujets possibles, qui s'occupent de tous les sujets interessants l'humanité tout entière et qui, en dehors de leur délire restreint, raisonnent comme tout le monde : les persécutés par exemple sur lesquels j'insisterai dans une prochaine leçon

qui conservent toutes les apparen[ces]
de la raison et souvent même
simulent leur délire et qui, en
hors de la sphère assez restreinte
de leurs idées délirantes ont tou[s les]
caractères de l'état normal.
Voilà des malades que l'on met
à côté des mélancoliques, qui
bent dans l'état de dépressi[on]
d'inertie, et souvent dans l'ét[at]
de stupidité et de stupeur.

Indépendamment de ce[s]
catégories parfaitement distin[ctes]

de mélancoliques, il en est d'autres;— il y a les mélancoliques appartenant à la paralysie générale, qu'on a décrits dans ces dernières années. Il y a les mélancoliques anxieux qui forment un groupe tout à fait à part et distinct des persécutés; il y a les mélancoliques avec conscience ou sans délire; mélancoliques qui se rattachent aux folies héréditaires, dont je parlerai plus tard

Ainsi, vous voyez, Messieurs, sous une forme très rapide, combien

on réunit de faits disparates, so[...]
le nom générique et commun d[...]
mélancolie. La monomanie créé[...]
Esquirol est une forme encore mo[...]
naturelle que la manie et la m[...]
lancolie. La monomanie que
Esquirol avait conçue comme u[...]
délire unique, absolument limi[...]
à une seule idée, à une seule sé[...]
d'idées, s'est un peu étendu
dans l'esprit des autres al[...]
tes et a porté sur les délire[...]
restreints, sur les délires parti[...]

et non pas sur un délire absolument unique. Mais quelque soit la manière de l'envisager, la monomanie, comme forme spéciale, n'esciste pas: Il y a certainement des délires restreints, des délires partiels, mais ce caractère ne suffit pas pour déterminer une forme spéciale de maladie mentale.
Pendant toute sa carrière scientifique, depuis le début de ses études médicales, mon père a lutté avec énergie contre la doc-

trine des monomanies. Dans s
thèse, il avait combattu déjà la
manie sans délire. Plus tard,
a développé cette pensée dans
un mémoire spécial. Il a dé
tré la non-existence de cette
forme de maladie mentale, il
montré qu'elle n'était justifi
ni au point de vue psycholog
ni au point de vue clinique
qu'en observant bien les aliéné
dits monomanes, on constata
qu'ils déliraient toujours sur u

certain nombre de sujets distincts et non pas sur une seule série d'idées, que les phénomènes qu'ils avaient étaient plus nombreux, plus multiples qu'on ne l'imaginait, qu'indépendamment du relief de l'aliénation mentale, qui est caractérisée par les idées délirantes; il y a un fond de maladie qui existe chez les autres aliénés et qui caractérise essentiellement les autres aliénés, l'aliénation mentale.

Depuis cette époque les suc-

cesseurs d'Esquirol, tout en
maintenant le mot, l'existence
des monomaniaques en ont réd
de plus en plus le nombre et on
est arrivé aujourd'hui, à croire
que, si les monomaniaques ex
tent, ils sont très peu nombre
et qu'il n'en existe qu'un no
bre infiniment petit sur la
lité des aliénés. La monomani
n'est donc pas une forme clini
vraie de maladie mentale; elle
ne doit pas être conservée dan

une classification régulière, naturelle, pas plus que la manie et la mélancolie.

Il en est de même à forte raison de la démence. La démence est une sorte de caput mortuum dans lequel on réunit aujourd'hui les formes les plus disparates de la folie chronique. Tous les aliénés qui arrivent à la chronicité, quels qu'ils soient, sont appelés des déments.

Dans nos asiles, on donne le dément à la plupart des malades chro-

niques quelque soit le degré de leu
faiblesse intellectuelle. Il est cer
tain que tout aliéné qui arriv
à la chronicité, acquiert peu à p
un certain degré de débilité int
lectuelle, mais ce degré est si
minime, eu égard à ce que l'
appelle généralement la démen
c'est à dire l'altération des
facultés intellectuelles et affec
tives, telle que la comprenaient
nos maitres, qu'il est imposs
ble de conserver dans le même

cadre, les déments, c'est à dire les aliénés chroniques des asiles et des déments appartenant à des affections cérébrales organiques. Dans les ramollissements, apoplexies, tumeurs cérébrales et toutes les affections localisées, à foyer, du cerveau, il y a un degré de faiblesse intellectuelle, de démence, bien plus prononcé que dans les folies chroniques que nous avons dans les asiles. On réunit donc artificiellement, à cause du seul caractère

de débilité intellectuelle, sous
le même nom de déments, des
malades qui diffèrent totalem
les uns des autres, et, au lieu
de continuer à parler des déli
chroniques, des folies chroniques
des démences, il importe et c'est
là le progrès de la science, il
importe de rattacher des formes
chroniques des maladies menta
aux formes primitives, et de
suivre la maladie depuis son
début jusqu'à sa terminaison

de voir des terminaisons chroniques de la folie, variables suivant les formes diverses qui ont existé au début, au lieu de considérer comme terminaison unique la démence qui appartiendrait à toutes les formes de l'aliénation mentale.

Dans l'espace d'une seule leçon, il m'est impossible d'insister plus longtemps sur cette critique de la classification régnante, et j'arrive de suite à la 3me partie de cette leçon, la plus importante c'est à dire arriver

à connaître quelles sont les formes n

nelles que nous possédons déjà da

l'état actuel de la science, et qu

se sont substituées, peu à peu, et à

notre insu, pour ainsi dire, à la

classification régnante. Ces forme

nouvelles sont bien plus nombreu

qu'on ne l'imagine. Nous avon

d'abord, en première ligne, la par

sie générale, qui a été découverte

comme je vous l'ai dit, en 1822

qui a été étudiée, depuis, par

tous les aliénistes, constitue un

maladie spéciale, une maladie distincte, ayant ses débuts, ayant sa marche, ayant ses phénomènes physiques, ses phénomènes intellectuels et ses phénomènes moraux, ses périodes susceptibles d'une description depuis le commencement jusqu'à la fin et ayant une marche et une évolution déterminées.

Sans doute, parmi les paralytiques, (et c'est sur ce fait que j'insisterai dans la prochaine séance) il y a de nombreuses variétés qui mériteraient une description spéciale,

après avoir décrit l'espèce dan
sa totalité, dans sa généralité,
faut établir des variétés cliniqu
qui mériteront d'être suivies ju
qu'à leur terminaison, comme a
été suivie la maladie principale
Je crois donc qu'il y a établir d
variétés dans ce qui on appelle a
jourd'hui la paralysie générale
mais, malgré ces variétés clini
incontestables, cette maladie a un
existence spéciale et distincte e
elle est, par elle-même, par
constitution même, la négation

absolue de la classification de Pinel et d'Esquirol. Pour Esquirol, la paralysie générale n'était qu'une complication de toutes les folies, une terminaison de la folie. Esquirol admettait que tous les aliénés, arrivant à l'état chronique, tombaient dans la démence et pouvaient tomber dans la paralysie générale. C'était l'idée de Calmeil également, dans son ouvrage publié en 1826. Mais depuis cette époque, on est revenu à l'idée première de Bayle, et

on a admis que la paralysie gé-
rale était une maladie spéciale
maladie distincte, n'appartena
pas à toutes les folies et exist
d'emblée dès le début et se co
tinuant jusqu'à la mort. On l
donc séparée de la folie et on en
a fait une maladie absolumen
spéciale et distincte. Or, c'est
plus grande négation de la clas
fication régnante, car la paraly
générale contient en elle-même
dans cette espèce nouvelle, les

tre formes admises de la classifica-
tion régnante. Il y a des paraly-
tiques qui sont mélancoliques, qui
le sont au début, qui le sont même
quelquefois dans le sens de la mala-
die ; il y a des paralytiques mo-
nomaniaques, puisque c'est sur
eux qu'on a calqué la description
de la monomanies des grandeurs,
de la monomanie ambitieuse ; il y
a des paralytiques maniaques,
puisque ces malades restent quel-
quefois des mois entiers, quelque-
fois 7, 8 mois de suite dans un

état absolument maniaque, déc[...]
rant, se déshabillant, vociférant
parlant sans cesse, dans un éta[...]
absolument maniaque. Enfin les [...]
ralytiques aboutissent tous, à di[...]
degrés, à la démence.

La paralysie générale comprend
donc dans son sein, les quatre
formes connues, admises, de la
classification régnante, ce qui e[...]
la négation absolue de cette c[...]
sification, ce qui prouve qu'e[...]
ne repose pas sur des formes [...]
turelles existant dans la [...]

dire, puisqu'un même malade peut présenter successivement, pendant sa vie, les quatre formes de maladies mentales dont on a voulu établir l'existence distincte. Ce que je dis de la paralysie générale est également vrai de l'alcoolisme. Autrefois on ne connaissait guère que le delirium tremens. Le délirium tremens avait été décrit en Angleterre par Sutton. Reil en avait fait une description en France. Plus tard quelques auteurs avaient insisté sur cette forme de mala-

die qui était assez bien connue
Sutton surtout.
Mais on ne connaissait pas les
autres variétés de l'alcoolisme.
C'est surtout depuis l'ouvrage
Suédois de Magnussen que l'a[lco]
olisme s'est généralisé. Cet ouv[rage]
qui a pour titre : L'alcoolisme
chronique, a étudié avec beauc[oup]
de soin les phénomènes phys[i]
ques et psychiques de l'alco[o]
lisme passé à l'état chroni[que].
C'est un grand progrès fai[t]

sur les études antérieures. Depuis cette époque, un nouveau pas a été fait. Le professeur Lasègue, dans ses mémoires très interessants publiés dans les archives de medecine a étudié un état intermédiaire entre le delirium tremens et l'alcoolisme chronique. Il a étudié, il a créé ce qu'il a appelé l'alcoolisme subaigu. Cet état était connu, certainement, incidemment par plusieurs auteurs, mais il n'avait pas été distingué et séparé ni

étudié d'une manière distincte
comme l'a fait le professeur Laség
Or, cet état est extrêmement fré
surtout dans les grandes villes
comme à Paris. Nous voyons, s
à la Préfecture, soit dans les a
de la Seine, des cas très nombr
d'alcoolisme sub-aigu, que l'on
peut désigner sous le nom de
mélancolie alcoolique, pour em
ployer les termes de la classi
cation régnante. Dans cet éta
les malades ne sont pas agi

à la manière du delirium tremens ; ils ne sont pas déments comme les alcooliques chroniques, ils sont dans un état analogue à la mélancolie anxieuse de nos asiles. Ces malades ont des craintes continuelles, des terreurs constantes, ils voient des fantômes, ils voient des objets effrayants, des insectes, des animaux. Ils ont, sous ce rapport, plusieurs des caractères du delirium tremens, mais l'attitude des mélancoliques anxieux. Ils sont sans cesse en mouvement, gè-

gémissant, allant à droite et à gauche, ne restant pas en place, co[n]stamment sous l'empire de la te[r]reur et de la crainte; ils sont d[ans] un état, en un mot, assez analo[gue] au délire de persécution aigüe, a[u] paroxysme du délire. Il y a à c[et] égard, un diagnostic différentiel [très] important à faire, & sur lequel j[e] [in]sisterai dans une des leçons pr[o]chaines. L'alcoolisme est donc détaché aujourd'hui, comme un grand groupe dans l'ensemble

des maladies mentales, et nous retrouvons dans l'alcoolisme, comme dans la paralysie générale, la manie, la mélancolie, la démence, la stupidité, et même la monomanie, dans certains cas puisqu'il y a des alcooliques subaigüs qui, avant d'arriver à l'état extrême que j'indiquais tout à l'heure, sont sous l'empire d'idées de jalousie, surtout vis-à-vis de leur femme; ils arrivent quelquefois au meur-

tre, à l'homicide, et ces malad
au point de vue de la jalousie
ont des apparences monomaniaq
de sorte que l'on retrouve, dans l'
coolisme comme dans la paralysi
générale, toutes les formes de la
classification de Pinel et d'Esq

Ce qui est vrai de la
paralysie générale et de l'al
lisme, s'applique également à
une autre forme nouvelle qui
a été décrite par mon père

et par Baillarger, sous le nom de folie circulaire, de folie à double forme. Cette forme nouvelle de maladie mentale qui n'était pas connue de nos devanciers, est caractérisée par la succession régulière et non interrompue de deux états, l'état maniaque et l'état mélancolique, qui se succèdent dans la vie de ces individus, sans interruption, avec un intervalle plus ou moins prononcé. Cet état, parfaitement décrit au point de vue clinique

n'était pas connu de Pinel et
d'Esquirol. C'est une forme nou-
velle ajoutée à la classification
des maladies mentales. Or, ce-
forme présente précisément la ré-
nion des deux formes principale-
de la classification régnante. Ce
sont des maniaques qui devien-
et des mélancoliques qui redevi-
nent maniaques, de sorte que le
même malade passe successivem-
pendant sa vie, à courte ou à
longue échéance, par ces deux

états qui caractérisent, dans la classification régnante, deux maladies absolument distinctes. Or, ces deux maladies absolument distinctes se trouvent réunies chez le même individu pendant le cours de son existence. C'est une nouvelle démonstration, ajoutée à la précédente, de la non-valeur de la classification régnante.

Après ces trois formes qui sont très bien connues, la paralysie générale, l'alcoolisme et la

folie circulaire, viennent d'autres
formes qui sont moins générale
ment connues et qui n'en sont
pas moins réelles, qui sont égal
ment des découvertes de la scien
moderne. Je citerai d'abord le
délire de persécution qui a été d
taché par le professeur Lasègue
par d'autres auteurs successiv
ment, du grand groupe des m
lancolies de Pinel et d'Esqu

Aujourd'hui, on décrit
généralement les persécutés com

des malades spéciaux, distincts des autres mélancoliques. On différencie le délire de persécution de la mélancolie. Il y a bien quelques auteurs encore qui appellent ces malades des monomanes de persécution ou des lypémaniaques, mais la généralité des aliénistes de notre époque décrivent le délire de persécution comme une maladie distincte, spéciale. En effet, plus on arrive à se convaincre que leur maladie arrive par des des phases

possibles à déterminer à l'avan[ce]
qu'elle est susceptible d'une
description, non seulement da[ns]
ses symptômes principaux, ma[is]
dans sa marche, dans son év[olu-]
tion et c'est sur ce point que
j'insisterai dans plusieurs leç[ons]
successives du cours de cette an[née].
Je chercherai à vous montrer q[ue]
le délire de persécution passe
par des phases successives :
par la phase de l'interprétatio[n],
par la phase d'hallucination

par une phase où les hallucinations sont multiples et dans plusieurs sens, dans la sensibilité générale, dans l'odorat, excepté dans l'ouïe; et enfin arrive une dernière période dans laquelle le délire de persécution se transforme en délire de grandeur. Il y a pour cette maladie une marche, une évolution déterminées, susceptibles d'une description et qui permettent de la distinguer de toutes les autres variétés de la

mélancolie.

Indépendamment de ces formes q[ue]
je viens de vous signaler, il en
est encore d'autres qui ont été
détachées successivement de la clas-
sification existante. Nous avons
les folies épileptiques qui ont été
décrites d'une manière distincte
les folies hystériques, les folies hy-
pocondriaques, les folies dues à d[es]
actions traumatiques. On a cher-
ché à distinguer, par des carac-
tères spéciaux, ces diverses fo[rmes]

pour les séparer des autres variétés de la manie, de la mélancolie ou de la démence. Enfin, un très grand mouvement s'est opéré dans notre science, sous la direction, sous l'empire, sous l'influence des idées du docteur Morel. Cet auteur qui a traité de la dégénérescence, qui a imprimé une nouvelle direction à notre science, a une action incontestable sur la description plus vraie, plus exacte de certaines formes de la folie et, en particulier, des folies raisonnantes

et des folies instinctives. Je cherche-
rai à vous montrer, dans toutes
les leçons suivantes ce que sont
les aliénés héréditaires. Jusqu'à
présent, on avait considéré l'héré-
dité comme une simple cause de
la folie et de la plupart des fo[illegible]
l'hérédité ne figurait que da[illegible]
l'étiologie de la folie et non
dans ses descriptions. Et bien
par les travaux du docteur
Morel, on est arrivé à reconnaî[illegible]
qu'il y a un certain nombre d[illegible]

liénés qui ont, ce qu'il appelait un stigmate de l'hérédité, stigmate dans l'ordre physique, dans l'ordre intellectuel et dans l'ordre moral; que ces malades dès leur enfance, portent la trace de leur origine, qu'ils sont le produit de leurs ascendants, le produit pathologique de leurs ascendants, et que s'ils ne sont pas encore aliénés, s'ils ne sont pas tous des aliénés, car il en est qui, pendant toute leur vie, conservent seulement les formes

les signes de leur participation à la folie, ils ont, du moins, dès leur enfance, des stigmates physiques intellectuels et moraux qui permettent de les distinguer au milieu des autres hommes et au milieu des autres aliénés. Il y a des folies héréditaires qui méritent une description spéciale, qui doivent être séparées des autres catégories de la folie, des autres manies, des autres mélancolies, des autres monomanies.

Il y a des folies héréditaires qui qui méritent une description spéciale, qui doivent être séparées des autres catégories de la folie, des autres manies, des autres mélancolies, des autres monomanies.

Il y a là une étude nouvelle à faire qui commence ; beaucoup d'auteurs entrent dans cette voie. C'est une voie nouvelle, une voie qui aura une influence énorme sur la marche de notre science spéciale. Parmi ces folies héréditaires, on trouve

un grand groupe, une grande classe des maladies mentales dans laquelle il importe d'établir des distinctions.

Il ne suffit pas de dire qu'on a affaire à un aliéné héréditaire, il faut encore établir des variétés distinctes, parmi ces folies héréditaires il y a, par exemples, des folies avec conscience, parmi elles, des folies avec délire émotif, folie du doute, du toucher, agoraphobie ect, une foule de variétés qui constituent

une espèce spéciale, distincte, au milieu du grand groupe des folies héréditaires. C'est sur tous ces faits que je chercherai à insister dans les leçons suivantes.

Pour aujourd'hui, Messieurs, mon but a été, sous une forme très rapide et très abrégée, de vous montrer que, si la classification de Pinel et d'Esquirol est encore régnante, en apparence dans la science, si nous nous en servons encore aujourd'hui, malgré les mots de : ma-

nie, de mélancolie, de monomanie et de démence, — Cependant un grand travail s'est opéré depuis plus de 40 ans, dans notre spécialité; il s'est introduit peu à peu, des formes nouvelles qui ont créées isolément, indépendamment d'un travail général d'ensemble, mais qui ont été bien observées, qui ont été bien décrites, qui s'imposent à nous, malgré nous, et qui changent complètement la face de notre science

spéciale. Il semblerait que nous n'avons pas marché, que nous nous sommes immobilisés, qu'aucun mouvement ne s'est accompli vers le progrès.

Eh bien, c'est une grande erreur. Il s'est fait un travail latent, souterrain, dont nous n'avons pas eu conscience, mais qui, aujourd'hui, reparaît à tous les yeux; il est évident que notre science est transformée; que, si nous conservons encore les mots de manie, de mélan-

colie et de monomanie, ces mots n
sont plus qu'un décorum pour
l'édifice de notre science ; l'édifi
entier est miné de toutes parts,
est lézardé en tous sens, tout so
aménagement intérieur est chang
des formes nouvelles se sont int
duites et il ne manque plus, p
le moment, qu'un homme de g
nie, un homme qui influe sur
cette époque, un architecte de g
nie qui crée une nouvelle façade
et qui renverse complètement l

difiée créé par nos devanciers ? Certainement nous conserverons toujours les résultats de leurs études ; ils ont fait des études cliniques parfaitement observées ; leurs ouvrages resteront éternellement dans l'histoire de la science, mais la classification, le groupement des faits sera changé. Ce n'est ni dans l'école somatique, ni dans l'école psychologique, ni dans l'école anatomique que nous pouvons établir aujourd'hui la base de ces

classifications nouvelles: c'est da[ns]
la méthode clinique, dans l'ob[ser-]
vation directe des aliénés tels
qu'ils sont, dans l'observation
des groupes de symptômes, da[ns]
l'ensemble des symptômes phy[-]
siques et moraux que l'on peu[t]
voir dans la nature, dans l'ob[ser-]
vation des aliénés et surtout
dans l'étude de la marche [et]
l'évolution des maladies, que
nous devons chercher la base
de ces formes nouvelles qui co[...]

mencent à apparaître à nos yeux et qui se développent de plus en plus. Mais, dès aujourd'hui, nous possédons un certain nombre de formes distinctes, ~~différentes~~ stables, différentes de celles de la classification régnante. Ce sont ces formes nouvelles qu'il importera d'étudier dans les leçons qui vont suivre, qui se continueront jusqu'à la fin de décembre. Je ferai 8 leçons et mon intention est d'étudier successivement la paralysie générale et le délire

de persécution avec les variétés de
mélancolie et les divers groupes
les variétés des folies héréditaires

Dimanche 15 Novembre 1885

Messieurs,

Dans la dernière séance, j'ai cherché à vous exposer, sous une forme générale, les défauts et les inconvénients de la classification aujourd'hui régnante, qui divise les maladies mentales en quatre

catégories principales : la manie,
la mélancolie, la monomanie et la
démence.

J'ai cherché à vous montrer que
dès à présent, sans être arrivés
substituer une classification nouv
à celle que nous possédons aujour
d'hui, nous sommes cependant
arrivés à connaître un certain no
bre de formes de maladies men
tales qui, au lieu d'être basées
sur un seul symptôme, reposen
sur un ensemble de phénomèn

physiques et moraux, et sur une marche, une évolution déterminée. Je vous ai indiqué très rapidement quelques unes de ces formes qui peuvent, dès aujourd'hui, être décrites séparément, en dehors de la classification de Pinel et d'Esquirol. Ces formes sont la paralysie générale qui est aujourd'hui établie comme maladie distincte et spéciale depuis son début jusqu'à sa terminaison ; la folie circulaire ou à double forme qui a

également des caractères particu-
liers, tout à fait spéciaux, dis-
tincts des autres maladies men-
tales, les variétés de la mélanco-
lie et le délire de persécution,
les folies héréditaires, les folies a
conscience, le délire émotif, la
folie épileptique, hystérique et hy-
pocondriaques, et plusieurs autr
qui pouvaient dès aujourd'hui
être décrites séparément comme
formes spéciales, sans parler
de l'alcoolisme qui a été beau-

coup mieux étudié depuis une trentaine d'années, et qui a également des caractères spéciaux distincts, susceptibles d'une description. Cet ensemble de formes nouvelles ou plutôt de formes nouvellement décrites, nouvellement établies, constitue un véritable progrès dans la pathologie mentale
Dans les huit leçons que je dois faire cette année, il me sera impossible de parcourir successivement l'examen de ces diffé-

férentes formes, je me bornerai donc
à l'étude de quelques unes d'en-
elles ; je choisirai quelques unes
les formes qui correspondent à d
divisions différentes. La première
la paralysie générale a surtout
une base anatomique ; repose
surtout sur l'existence de lé-
sions spéciales dans les mé-
ninges et à la surface du ce-
veau, une autre forme, l'alcoo-
repose, au contraire, sur l'ét-
logie et la connaissance de

la connaissance première de la cause première de la maladie. C'est une classification étiologique. D'autres formes, au contraire, reposent sur l'hérédité, les folies raisonnantes, les folies avec conscience, les folies périodiques reposent sur une base héréditaire. Enfin les folies épileptiques, hystériques et hypocondriaques reposent sur la liaison d'une névrose avec une maladie mentale.

Quant aux autres formes, jus-
qu'à présent, on ne peut les rat-
tacher ni à l'anatomie ni à
l'étiologie et l'on est obligé de
se borner à les constater comme
des maladies nerveuses, comme
des maladies cérébrales sans lé-
sions déterminées, au moins con-
nues dans l'état actuel de
la science: ce sont les folies név-
rosiques, les mélancolies, man[ies]
et les variétés diverses de la mé-
lancolie et du délire partiel

nous avons donc dès à présent, vous le voyez Messieurs, un commencement de classification générale. Nous ne sommes pas arrivés à une systématisation complète, tant s'en faut, mais nous avons certains points de repère qui nous servent de base pour une classification plus naturelle

Certaines formes reposent sur une base étiologique, sur une base anatomique, d'autres enfin sur la liaison des maladies nerveuses avec les maladies mentales

C'est un commencement de classification qui en appelle d'au[tres,] qui appelle une méthode plus n[a-]turelle, mais qui, dès à prés[ent,] nous permet de faire une descri[p-]tion plus exacte des formes [ac-]tuelles des maladies mentale[s.]

Je commencerai aujourd'[hui] par la paralysie générale. L'[an-]née dernière, j'ai voulu, en une seule leçon, vous faire l'histoi[re] complète de cette maladie. C'était tenter presque l'im[possible]

sible et j'ai dû écourter beaucoup de parties de cette description.

Cette année, j'ai l'intention de m'étendre davantage, et je consacrerai deux leçons à l'étude de la paralysie générale. Aujourd'hui, je vais faire tout d'abord l'historique de cette maladie, avec les diverses périodes qui ont existé depuis l'origine, depuis l'époque où cette maladie a été décrite pour la première fois

et, après cet historique détaillé,
divisé par périodes, je commence-
rai la description générale de
la maladie et de ses variétés.
Dans la prochaine séance, j'ét-
dierai l'étiologie, l'anatomie
pathologique et le diagnostic
différentiel, en un mot les di-
parties de l'histoire de la pa-
ralysie générale, en dehors de
description symptomatique.

La paralysie générale est
aujourd'hui admise comme un

maladie distincte et spéciale, pour ainsi dire séparée de la folie, séparée des autres maladies mentales, mais on n'est arrivée que peu à peu à cette doctrine qui règne aujourd'hui dans la science.

Cette maladie est de date assez récente. On a fait des recherches dans les auteurs anciens, dans les auteurs du moyen âge et des siècles plus rapprochés de nous. Mr D'Outrebente, entr'autres, a fait une thèse dans laquelle

il a réuni quelques recherches his-
toriques, et c'est avec beaucoup
de peine qu'il a pu découvrir quel-
ques phrases isolées dans les
auteurs anciens ou modernes
pouvant être considérés comme
se rattachant à la description
de cette maladie.

Ordinairement, on prétend que
le premier auteur qui a mentionné
et décrit cette maladie, c'est
John Haslam, un auteur
anglais qui, en 1798, a fait

une description très courte, d'une demi-page environ, que l'on peut rapporter à la description de la paralysie générale.

M. Baillarger a dit que, dans une phrase d'Esquirol, dans sa thèse, il était fait aussi allusion à cette maladie. J'ai vainement cherché cette phrase à diverses reprises, dans la thèse d'Esquirol. Pinel ne mentionne sous aucune forme, la paralysie générale dans ses ouvrages.

Esquirol, en 1816, dans le dic-
tionnaire en 60 volumes, se bo-
à mentionner la paralysie à
coté du scorbut et de la phi-
pulmonaire, comme complicati-
possible de la folie.

Vous voyez donc, Messieurs, que ju-
qu'à 1820-1822, personne n'
vait réellement décrit cette
maladie. C'est à Charenton
c'est Royer Collard qui, le p-
mier (Il n'a pas laissé d'ou-
vrages d'écrits,) mais qui, le

Jusqu'à 1820-1822, personne n'avait réellement décrit cette maladie. C'est à Charenton, c'est Royer Collard qui, le premier, (il n'a pas laissé d'ouvrages, d'écrits) mais qui, le premier, a observé cette maladie avec soin, parmi les malades de Charenton, et il a attiré l'attention de ses élèves sur ces faits tout-à fait particuliers, tout à fait spéciaux. Deux de ses élèves, Bayle et Calmeil, sous l'impulsion de leur maître, ont étudié cette maladie avec

le plus grand soin, et c'est de
1822 que date réellement la descr
tion clinique de la paralysie gén
rale. En 1822, Bayle a fait
sa thèse sur l'arachnitis chro
que. Dans cette thèse, il a pu
blié six observations personnelle
extrêmement détaillées, qui son
une description très exacte de
maladie telle que nous l'observ
encore aujourd'hui. Quelques a
nées plus tard, Bayle poursu
vant ses études a publié un
travail intitulé : « Nouvelle

doctrine des maladies mentales », travail dans lequel il développait cette première opinion avec faits à l'appui. Pour lui, la paralysie générale était une méningite chronique, l'arachnitis chronique, avec quelques lésions de la substance même du cerveau, et Bayle, le premier, a constitué cette maladie à l'état d'espèce spéciale, tout à fait distincte.

En 1826, le même auteur a publié un traité de la ménin_

gite chronique, où cette maladie est décrite avec le plus grand soin, avec des observations no[mbreuses] freuses, avec des conclusions a[na]tomiques et des discussions a[na]tomiques.

Ce livre est encore aujourd'hui un monument qui mérite d'ê[tre] consulté et qui contient une d[es]cription aussi complète que po[s]sible de la maladie.

Dans la même année, Calmei[l] publiait son traité de la par[alysie]

lysie générale incomplète chez les aliénés. Ces deux ouvrages constituent le véritable point de départ de la description de la paralysie générale, telle que nous la possédons aujourd'hui, seulement M. Calmeil au lieu de la décrire comme une espèce distincte et spéciale, la considérait comme une simple complication ou une terminaison de la folie. C'est cette opinion qu'Esquirol lui-même a adoptée et qu'il a propagée jusqu'à sa mort

Esquirol qui, d'abord, avait méconnu la paralysie générale l'a étudiée depuis avec le plu[s] grand soin, l'a décrite dans [son] livre, dans ses leçons et dan[s] ses articles du dictionnaire, et enfin, dans son livre publié en 1838. La description d'Esqui[rol], quoique assez courte, est très complète et comprend l[a] plupart des symptômes que nous connaissons aujourd'hui comme caractéristiques de cet[te]

affection, mais Esquirol, au lieu d'en faire une maladie spéciale, en faisait une simple complication, une simple terminaison de toutes les folies anciennes. Il a bien dit, dans son ouvrage, que la plupart des paralytiques que l'on observait à la Salpêtrière étaient paralytiques dès leur entrée dans l'asile. Mais, malgré cette phase caractéristique, il n'en a pas moins conclu que la paralysie générale pouvait survenir à toutes les

les périodes et dans toutes les
formes de maladies mentales,
qu'elle pouvait compliquer la
monomanie, la mélancolie, la dé
mence, par conséquent ne pas co
tituer à elle seule une maladi
spéciale. Telle est l'opinion
d'Esquirol qui a été propag
successivement par plusieurs de
ses élèves. Cependant comme
je vous le disais dans la de
nière séance, dès 1816, les
élèves qui suivaient l'inspi

sion de Pinel et d'Esquirol, se sont séparés de leur maître sur un point important, c'est à dire sur l'étude des lésions cérébrales dans la folie. Cette étude prédominante de l'état cérébral, des lésions anatomiques, a conduit ces élèves à l'étude des lésions spéciales dans la paralysie générale; et plusieurs d'entre eux, au lieu d'adopter l'opinion d'Esquirol qui considérait cette maladie comme une simple complication, en firent peu à peu une mala-

die spéciale et distincte, grâce à
la spécialité de ces lésions ana-
tomiques. Foville père a défendu
cette doctrine et, plus tard, Par-
chappe, en 1840, dans son livre
contenant des documents microsco-
piques sur tous les aliénés, a ad-
mis la folie paralytique comme
maladie spéciale et comme étant
très rarement une complication
des folies anciennes.

A cette époque, Parchappe admet-
tait quelques exceptions; mais

en général, il considérait la paralysie comme une maladie distincte et spéciale. Vous voyez donc, Messieurs, que, dès l'origine, deux opinions principales se sont produites sur la nature de cette maladie : Les uns, comme Bayle et Parchappe, l'envisageant comme une maladie tout à fait distincte, spéciale, ayant des divisions anatomiques et des caractères particuliers ; les autres, comme Esquirol, et beaucoup de ses élèves, la considérant comme une simple termi-

naison de toutes les folies ancienn
Ces deux opinions ont continué
a régner dans la science. Cepen-
dant, il est juste de dire que
l'opinion de la complication di
paraît de plus en plus, et qu
tout le monde tend à admettr
aujourd'hui la paralysie généra
comme une maladie tout à fai
spéciale. Une nouvelle évoluti
dans l'histoire de cette mala
s'est produite à partir de 18
A cette époque, on a commenc

à observer dans les hopitaux ordinaires, dans les hopitaux de Paris, des malades qui présentaient des symptômes physiques de la paralysie générale, c'est à dire un embarras de la parole, un tremblement, une faiblesse des membres inférieurs, supérieurs, des symptômes physiques de la paralysie générale, sans présenter de délire.

Requin est le premier qui, dans sa pathologie médicale, a signalé cette paralysie, à laquelle il a donné un nom, qu'il a appelée : para-

lysie générale progressive sans déli
A la même époque, Sandras et
plusieurs autres médecins des hô
pitaux, observaient des cas ana
logues, et cherchaient à démontr
qu'il existait deux espèces de
paralysie générale avec aliéna
tion telle que les aliénistes l'a
vait décrite, et la paralysie
sans aliénation telle qu'on
l'observait dans les hopitaux
ordinaires de Paris et telle qu
ils en citaient quelques exemp

M. Duchêne de Boulogne, partant de ce point de départ, a étudié ces malades avec plus de soin et est arrivé à la même conclusion, en se basant sur son criterium élec_trique. Pour lui, il existait deux espèces de paralysie générale : celle des aliénés, celle avec délire, dans laquelle la contractivité élec_trique persistait ; celle sans délire, au contraire, qui était privée de toute activité. Il a donc cherché à ajouter un symptôme physi_

que, un criterium électrique, un
moyen de distinction que M.
M. Requin et Sandras avai
déjà établi entre les deux es
pèces de paralysie générale.
Mr Brière de Boismont, sui
vant l'impulsion de M. Du
de Boulogne, a suivi la mêm
voie et a admis ces deux esp
de paralysie générale. La pa
ralysie générale sans aliénat
et la paralysie générale ave
aliénation. C'est à ce mom
en 1847, 1848, 1849, que M.

Baillarger et Lunier, profitant de ces observations faites dans les hopitaux ordinaires, cherchant à concilier les deux opinions : celle des aliénistes et celle des médecins des hopitaux, ont adopté une opinion mixte. M. Baillarger, dans son cours à la Salpétrière, a professé cette doctrine que, dans la paralysie générale, même chez les aliénés, le symptômes paralysie était le symptôme dominant, le symptôme fondamental,

que la paralysie générale était la
maladie ~~générale~~ principale, que
le délire n'était qu'un fait ac
cessoire, secondaire, pouvant man
quer et pouvant arriver très ta
divement dans l'évolution de la
maladie.

Contrairement à l'opinion d'Esqui
rol et de tous les autres aliénistes
au lieu d'admettre la folie para
lytique, c'est à dire le délire co
prédominant, Mr Baillarger
admettait que la paralysie géné
rale était la maladie princip

Pour lui, il y avait des paralyti-
ques généraux qui devenaient peu
à peu et très lentement des dé-
ments à divers degrés.

La démence et la paralysie géné-
rale étaient connues, étaient des
faits qui se tenaient, mais la
folie paralytique était un élément
surajouté, c'est à dire que ces ma-
lades, c'est-à-dire que ces malades
pouvaient rester longtemps, plu-
sieurs années, sans délire, et pou-
vaient ensuite avoir un délire
très aigu, se présentant sous

la forme maniaque, sous la form
monomaniaque, sous la forme
mélancolique, mais pouvant di
paraître après avoir existé un
certain temps; la maladie p
vait redevenir la paralysie gé
rale simple et redevenir plu
tard la paralysie avec démen
Pour M. Baillarger, le symp
tôme paralysie générale =é
donc le symptôme dominan
caractéristique de la maladi
tandis que le délire n'étai
qu'un fait secondaire et

accessoire. Voilà donc déjà quatre opinions qui ont régné dans la science sur cette maladie. Les uns, avec Esquirol, l'envisageant comme une simple complication de toutes les folies anciennes; les autres, avec Bayle et Parchappe, en faisaient une individualité morbide spéciale, ayant ses caractères particuliers; les autres, enfin, admettant qu'il y avait deux espèces de paralysie générale, l'une avec l'autre sans aliénation; enfin M. M. Baillarger et Lunier

admettant qu'il n'y avait qu'un seule espèce de paralysie géné rale, ~~l'une avec, l'autre sans aliénation~~ ; mais que, dans cet maladie, la paralysie était le fait dominant, principal, con tant, existant depuis le com mencement jusqu'à la fin de l'évolution, tandis que le déli était un fait secondaire, sura jouté, pouvant ne pas exis pendant longtemps ou pouvan disparaître. Malgré ces quat

opinions, peu à peu, il s'est établi une sorte de doctrine acceptée presque par tous les médecins : c'est l'opinion de Bayle et de Parchappe qui a prévalu, et pendant très longtemps, c'est à dire depuis 1849 à peu près, jusqu'à nos jours, tous les médecins aliénistes ont admis qu'il n'y avait qu'une seule espèce de paralysie générale, avec ou sans délire au début, mais se terminant toujours par la démence, et que cette paralysie générale était une individualité morbide, une

morbide, une espèce distincte, ayant ses caractères anatomiques, ses caractères physiques, ses caractères du délire et sa marche particulière; que ces malades étaient des paralytiques dès le début, dès les premières manifestations dans la vie; que, quelles quex fussent les variétés de détail et dans la marche de la maladie, cette maladie était susceptible d'une description unique, depuis ses débuts jusqu'à sa terminaison qu'en passant d'abord la m

manie, par le délire partiel, elle arrivait à la manie, puis à la démence de plus en plus prononcée, et que, commençant par une paralysie à peine sensible, extrêmement ~~sensible~~ légère, par un embarras de la parole très peu marqué, par un tremblement à peine manifeste, peu à peu ces symptômes de paralysie, et très lentement, augmentaient en intensité, en étendue, et la paralysie, sans devenir générale, acquérait cependant une intensité

plus grande et qu'ainsi les ma-
lades arrivaient progressivement,
par étapes, à la demence de p
en plus prononcée, à la paraly
extrêmement caractérisée et enfin
en définitive, à la mort.
Telle est l'opinion encore aujour
d'hui régnante parmi les aliénis
et même parmi la plupart des
médecins. Quelques uns cependant
parmi les médecins des hôpitaux
admettent encore qu'il y a
quelques exemples de paralysie
progressive sans délire qui

ne se terminent pas par la démence et qui doivent être distingués de la paralysie des aliénés ; mais ces médecins sont peu nombreux, et jusqu'à présent on n'a pas pu publier d'observations démonstratives absolument probantes, car, dans la plupart des cas où le délire ne semble pas exister, il y a démence pendant plusieurs années ; on admet en général que, tôt ou tard, l'affaiblissement intellectuel

surviennent et que ces malades meu-
rent avec un degré plus ou moins
prononcé de débilité intellectuelle
que, par conséquent, les troubles in-
tellectuels viennent s'ajouter, tôt
ou tard, aux symptômes de pa-
ralysie qui durent seuls pendant
plusieurs années.

En 1853, à l'époque où j'ai
publié ma thèse sur cette ma-
ladie, et à l'époque où le pro-
fesseur Lasègue a fait sa thèse
pour l'agrégation, en 1853
nous avons cherché l'un et

l'autre, à défendre la théorie générale et de sa spécialité, considérant cette maladie comme distincte et spéciale.

Cette opinion a été défendue, depuis, par beaucoup d'autres médecins et, en particulier par Parchappe qui a dépensé une grande énergie pour la contenir ; dans la discussion qui a eu lieu en 1859 à la société médico-psychologique, discussion où beaucoup d'orateurs sont intervenus, Parchappe s'est fait surtout remarquer par la

netteté et par la précision de
son étude de cette maladie. Il
l'a caractérisée par des lésions
anatomiques spéciales, par le
ramollissement des couches corti-
cales du cerveau, par des sym-
ptômes physiques spéciaux, par
un délire spécial et par une
marche déterminée, et même
par des causes spéciales.
Pour Parchappe comme pour
nous autres et pour la plu-
part des médecins aliénistes
la paralysie générale est donc

une maladie absolument distincte, spéciale, ayant ses caractères et méritant une description en dehors de la folie, en dehors de toutes les autres formes de la folie.

Cette opinion est encore aujourd'hui très régnante parmi les aliénistes. Cependant on ne peut pas méconnaître que, depuis une trentaine d'années, de nouveaux faits cliniques très importants sont survenus, qui ont modifié profondément l'histoire de cette maladie et qui

ont jeté quelques doutes sur la
netteté de sa description généra[le]

Ces faits sont de plusieu[rs]
ordres; d'abord la question d[e]
durée de la maladie. Autref[ois]
ceux qui ont commencé l'étu[de]
de la paralysie générale ont
procédé, en quelque sorte, à
reculons. On a commencé par
l'autopsie, on a commencé
par trouver des lésions céré[brales]
à la surface du cerveau, dan[s]
les méninges, chez les aliéné[s]
puis on s'est aperçu que

que ces malades qui mouraient avec ces lésions spéciales du cerveau, avaient eu dans les dernières années, dans les six derniers mois surtout, des phénomènes paralytiques très caractérisés. On a alors rattaché les lésions trouvées à l'autopsie aux symptômes paralytiques, et aux symptômes du délire observés dans les dernières périodes de l'existence. Mais il nous faut remonter plus haut, et Calmeil en particulier, admettant, à cette époque, en 1826

que la paralysie générale durait

au plus, une année ; elle durait

de six mois à un an.

A cette époque, on considérait cette

maladie comme extrêmement rapi

dans sa marche. Plus on l'a étu

diée avec attention dans les a

les d'aliénés, plus on est arriv

à se convaincre que la maladie

remontait beaucoup plus haut d

la vie des individus qui en étai

atteints. On a étendu ainsi la

durée de la maladie d'un a

à trois ans. On a admis, pendant longtemps, que cette maladie durait en moyenne, trois années, et c'est, en effet, ce qui a lieu dans un assez grand nombre de cas, dans la majorité des cas. Il y a des malades qui meurent dans la première année, d'autres dans la seconde, d'autres dans la troisième. Il est certain que la moyenne de trois ans est souvent vraie dans les asiles d'aliénés et vient confirmer cette observation.

Néanmoins plus on a étudié avec
soin non seulement dans les asi[les]
en marchant toujours à recul[ons]
dès les premières périodes, mai[s]
dans la société, dans le monde
alors que les malades ne sont
pas encore enfermés, plus on es[t]
arrivé à se convaincre que la du[-]
rée de cette maladie était beau[-]
coup longue qu'on ne l'avait
imaginé tout d'abord, et
surtout pour certaines formes
et certaines variétés sur lesqu[elles]

j'insisterai tout à l'heure. On a ainsi allongé énormément la durée de cette maladie ; on est même arrivé à découvrir des faits rares, mais cependant assez nombreux dans lesquels la maladie a duré huit ans, dix ans, douze ans, quinze ans et même vingt ans. Nous avons eu sous les yeux plusieurs exemples de paralytiques généraux qui ont vécu vingt ans, ce qui est un fait exceptionnel, mais ce qui existe cependant.

Voilà donc un premier fait acquis aujourd'hui dans la science, à l'observation, depui trente ans: C'est que cette ma ladie a une durée beaucoup plus longue qu'on ne l'avai imaginé précédemment, surtou dans certaines variétés sur le quelles j'insisterai tout à l second fait très important, était connu de quelques obser vateurs, et qui avait passé inaperçu, sur lequel M. Bai

a surtout appelé l'attention.
Cette maladie que l'on avait
considérée, jusque là, comme régu-
lièrement et constamment pro-
gressive, ainsi que son nom
l'indiquait, progressive en in-
tensité, pendant toute la durée,
progressive vers la démence, pro-
gressive vers la paralysie plus
ou moins complète, cette ma-
ladie présente souvent de
grandes inégalités dans sa
marche. Elle marche par soubre-

sauts, elle marche par secousses,
elle marche par attaques, au lieu
d'être régulièrement et lentem
progressive. Il en résulte que la
marche de la maladie telle qu'
l'avait comprise tout d'abord
n'est plus exacte, à cause d
faits de l'observation actuelle.
y a de grandes inégalités dans
la marche de la paralysie gé
rale. Tantot elle s'aggrave p
périodes très prononcées, tant
au contraire, elle rétrograde et

acquiert des symptômes beaucoup moins prononcés que ceux qu'elle a eus précédemment. Il y a une grande inégalité dans le mouvement, de grandes secousses et de grands soubresauts dans la marche de cette maladie. Mais, non seulement la marche est irrégulière et mouvementée, mais il y a un grand fait sur lequel M. Baillarger a appelé l'attention, qui mérite un sérieux examen. C'est que cette maladie est susceptible à

certains moments, de véritables rémissions, de véritables suspens[ions] non seulement du délire, mais même des phénomènes physiques. M. Baillarger a observé avec soin un grand nombre de faits de ce genre, il en a collectionné [illegible] les auteurs. Il est arrivé ainsi à réunir un grand nombre d[']observations dans lesquelles la maladie, la paralysie, au lieu de suivre régulièrement son cou[rs] avait rétrogradé et avait me[...]

paru guérir.

Il a appelé l'attention surtout sur les phénomènes physiques qui coïncident avec ces rémissions. Je vous en parlerai tout-à-l'heure. Mais il a établi ce grand fait qu'il y avait des rémissions très notables dans la paralysie générale, et que, quelquefois, ces rémissions peuvent simuler la guérison.

Pour M. Baillarger même la guérison n'est pas seulement apparente, elle est réelle dans certains cas, et M. Baillarger

a ainsi établi ce qu'il a appelé
la monomanie congestive, c'est-à
dire, une première période de l
paralysie générale dont je vous
lerai tout à l'heure, et dans
laquelle les malades sont à
l'état maniaque avec le délir
le plus étendu, le plus carac
risé, avec une agitation incessa
et, cependant, au bout d'un
certain nombre de mois, arriv
à une guérison apparente ou
même à une guérison sérieuse

d'après M. Baillarger. Il admet dans ces cas, que la manie congestive se transforme le plus souvent en paralysie générale, mais qu'elle peut s'enrayer, s'arrêter et guérir.

Pour la plupart des autres auteurs, au contraire, ces rémissions ne sont jamais des guérisons et ne constituent qu'une première période de l'évolution générale.

Mais le fait de la rémission, de la rémission très prononcée, est, aujourd'hui, parfaitement établi

et on sait que ces faits sont bea
coup plus fréquents qu'on ne le
croyait autrefois.

Un troisième fait important qu
a été signalé également par M
Baillarger est l'existence du d
lire mélancolique dans la para
lysie générale. Ce délire mélan
colique avait été signalé, en pa
sant, par Bayle, Calmel et
d'autres auteurs, mais il n'a
vait pas attiré suffisamment
l'attention.

M. Baillarger a fait des observations qui ont été suivies par plusieurs de ses élèves, desquelles il résulte qu'un certain nombre de paralytiques, au lieu de présenter du délire de grandeur caractéristique, dont je vous parlerai tout à l'heure, présentent un délire mélancolique spécial, sur lequel j'insisterai également tout à l'heure.

Le fait de la mélancolie dans la paralysie générale est donc

venu ajouter un nouvel élém[...]
de perturbation dans l'histoi[...]
de la paralysie telle qu'elle
était faite par les auteurs qui
nous ont précédés.
Voici donc plusieurs faits : la
plus longue durée de la mala[...]
die, l'existence fréquente des [...]
missions, la marche extrêmemen[...]
inégale et mouvementée de ce[...]
maladie ; le délire mélancoliq[...]
pouvant coïncider ou se subs[...]
tuer au délire des grandeurs

voilà des faits qui n'étaient pas très connus autrefois, qui, aujourd'hui, sont parfaitement admis et que l'observation confirme tous les jours. Eh bien, l'existence de ces faits et de plusieurs autres sur lesquels j'aurai à insister plus tard, prouve que cette maladie n'est pas aussi uniforme, aussi régulière, dans son cours, aussi complètement caractérisée par certains symptômes qu'on le croyait autrefois. Il en est résulté une période nouvelle qui est, actuelle-

ment en voie de formation et p
tend à refaire l'histoire de la p
ralysie générale, sous une autre
forme, sous une autre manière
celle qui avait été admise par
les devanciers.

M. Baillarger, le premier, a f
une nouvelle évolution dans la t
orie de cette maladie : après a
dit, comme je l'indiquai tou
à l'heure que la paralysie g
rale était le fait principal, e
le délire des grandeurs le fai

secondaire : il a bien maintenu ce premier point de départ, cette première opinion, mais il l'a transformée, et, aujourd'hui, il est arrivé à admettre qu'il y avait deux espèces de maladies dans la paralysie générale : la démence paralytique et la folie paralytique ; que la folie ~~revêtir~~ paralytique pouvait revêtir la forme monomaniaque, la forme maniaque, la forme mélancolique et même la forme circulaire ; que toutes les formes de

maladies mentales pouvaient su[r]-
jouter à la paralysie générale
ou à la démence paralytique.

Pour M. Baillarger, il y
a donc deux maladies coïncid[entes],
la paralysie générale avec dé[mence]
qui est une maladie constam[ment]
régulièrement progressive ; la [folie]
paralytique, sous ses formes di-
verses, qui vient se surajouter
à la démence paralytique, [qui]
varie énormément, qui peut [appa]-
raître et disparaître, qui p[eut]

dans les rémissions, qui peut complètement disparaître tandis que les phénomènes paralytiques persistent toujours à un certain degré.

Pour M. Baillarger, la théorie de la dualité s'est donc substituée à la théorie de l'unité, il admet deux maladies : la démence paralytique et la folie paralytique. Le professeur Lasègue qui, dans sa thèse, en 1853, avait soutenu la théorie de l'unité, a modifié profondément son opinion dans

les dernières années de sa vie.
Il a combattu énergiquement c
opinion qu'il a contribué à fai
accepter.
Dans les leçons qui ont été pub
sur la paralysie générale da
son ouvrage posthume, il a ch
ché a exposer cette nouvelle o
nion qui consiste à dire q
la paralysie générale est un
groupe très étendu de faits
d'affections cérébrales, qui mé
ritent d'être distinguées en

plusieurs groupes distincts. C'est un genre de maladie plutot qu'une espèce, et, dans ce genre très étendu, très compréhensif, il importe de faire des distinctions secondaires et de créer des espèces dans le genre et des variétés dans l'espèce. C'est dans ce sens qu'il a dirigé ses travaux dans les dernières années et dans la plupart de ses leçons il a donné des indications extrêmement intéressantes au point de vue

de ce travail nouveau de la [illegible]
Mais ce travail est encore très
incomplet et, jusqu'à présent,
cette opinion n'a pas encore pr[illegible]
valu dans l'esprit des médec[illegible]
Cependant, il est juste de di[illegible]
que, si, jusqu'à nouvel ordre, [illegible]
doit conserver l'unité patholo[illegible]
que de la paralysie générale
comme elle a été créée par n[illegible]
prédécesseurs, si cette unité e[illegible]
parfaitement établie au point
de vue de l'ensemble des

symptômes anatomiques, néanmoins,
un progrès véritable consistera à éta-
blir des variétés distinctes, depuis
le début jusqu'à la terminaison,
dans ce vaste groupe de faits que
l'on réunit aujourd'hui dont le
nom vague et générique de para-
lysie générale. Je crois donc qu'il
faut conserver l'unité morbide,
telle qu'elle existe aujourd'hui,
mais qu'il importe d'établir des
variétés, des distinctions cliniques
qui permettent de se rapprocher

davantage de l'observation des faits, tels qu'ils existent dans la nature. C'est dans cet esp[rit] que je vais chercher à vous don[ner] la description générale de la par[a]lysie générale telle qu'on l'obser[ve] aujourd'hui.

Première question : cette maladie est-elle héréditaire généralement ou est-elle accidentelle ? Pend[ant] de longues années, on a cru qu[e] cette maladie était individuelle-personnelle, et était très rare

ment héréditaire. En effet, on assiste souvent à la formation, sous nos yeux, de la paralysie générale ; à la suite d'excès de toute nature, d'excès de travail, d'excès alcooliques, d'excès de femmes, à la suite d'une surexcitation cérébrale énorme, d'une fatigue cérébrale, on voit peu à peu la paralysie générale se produire chez des individus qui n'y paraissent pas du tout prédisposés.

Dans beaucoup de cas, la paraly-

sie se produit sous nos yeux
sans qu'on puisse la rattach[er]
à l'hérédité. Cependant, ce
fait que l'on croyait constan[t]
presque constant, est loin de
l'être, et qu'il y a, dans la
paralysie générale, deux autr[es]
espèces d'hérédité : l'hérédité
congestive et l'hérédité vésan[i]-
que ; il y a des paralytiqu[es]
généraux qui ont, dans leurs [as]-
cendants, beaucoup d'apople[ctiques]

tiques, des malades atteints de ramollissement du cerveau et d'autres affections cérébrales organiques.
M. M. Baillarger et Lunier, dès 1848 et 1849 ont insisté sur ce fait qui a été confirmé depuis par tous les autres observateurs. Il y a un assez grand nombre de paralytiques généraux qui ont, dans leurs ascendants, des malades congestifs cérébraux. Enfin, il en est d'autres qui présentent des aliénés dans leur

famille, et beaucoup plus nom-
breux qu'on ne le croyait il y a
une vingtaine d'années ; plus on
a étudié la question de l'héréd[ité]
plus on a découvert que l'héré[dité]
s'appliquait à la paralysie gé[né]
rale, non pas au même degré
qu'aux autres formes de la fol[ie]
mais à un degré cependant a[ssez]
avancé.
M. M. d'Outrebande et Ly[...]
ont faits deux thèses sur ce su[jet]
et sont arrivés à cette conclu[sion]

qu'il y avait trois espèces d'étiologies dans la paralysie générale, que certains paralytiques pouvaient être considérés comme atteints individuellement, d'une manière accidentelle, que d'autres avaient une hérédité congestive, que d'autres, enfin, avaient une hérédité que nous appelons vésanique, c'est à dire hérédité relative aux autres maladies mentales.

Mais, chose remarquable, dans ces variétés à hérédité vésanique,

la maladie semble revêtir une
marche particulière et l'observati
prouve que les paralytiques hé
réditaires ayant eu des alié
dans leur famille, ont une ma
ladie qui a une durée beaucou
plus longue, qui présente bi
coup plus de rémission et qu
présente beaucoup plus de biz
reries et de singularités excep
tionnelles dans sa marche.
De sorte qu'aujourd'hui on
arrivé à se convaincre que

par l'observation d'un paralytique général, on peut conclure à l'existence ou à la non-existence de l'hérédité vésanique dans sa famille. Il y a des caractères particuliers dans les symptômes et dans la marche de la paralysie générale, qui portent l'empreinte de l'hérédité morbide et de l'hérédité vésanique. Quoiqu'il en soit, dans la plupart des cas, dans la majorité des cas, le paralytique général n'offre pas

dans son enfance et dans sa
jeunesse, les signes de prédispo-
tion que présente, par exemple
le malade héréditaire dont j'
rai à parler plus tard. C'es
à une certaine époque de la
et à une période souvent éloig
de la période d'invasion, n
qui n'est pas la période d
l'enfance et de la jeunesse
l'on commence à constater (c
les paralytiques généraux, l
modification dans les habi

dans la manière de vivre, dans le caractère, qui semble constituer les premiers linéaments de la période prodromique de la maladie. Ces malades, après avoir mené longtemps une vie régulière, ordinaire, n'avoir manifesté aucune étrangeté dans leurs actes et dans leurs idées, commencent, à une certaine époque, à modifier leur mode d'existence; ils deviennent d'une activité exagér-

ils deviennent aventureux, hazar-
deux ; ils cherchent à entrepren-
des choses nouvelles, une carrière
nouvelle, une nouvelle profession
et ils se livrent à certains ex-
cès qui sont encore compatibles
avec l'état normal, mais qui
sont un changement total dans
leur mode d'existence antérieur.

C'est là le premier point
de départ, les premières manife-
stations de la maladie à l'état
latent, en quelque sorte, avant

même que la période prodromique dont je parlerai tout à l'heure, se soit caractérisée. C'est ce que l'on observe chez un certain nombre de paralytiques aliénés, surtout chez ceux qui présenteront plus tard la forme expansive. Mais avant d'entrer dans le détail de cette période prodromique, je dois vous indiquer les débuts habituels de la paralysie générale. Au lieu de se borner à un seul mode de debut, comme le fai-

-saient nos devanciers, nos prédéces-
seurs; faut admettre quatre varié-
tés distinctes de début de cette
maladie. Deux variétés où do-
minent les caractères physiques
paralytiques ou autres, et deux
variétés où dominent, au contraire
les phénomènes de l'ordre moral.
Il y a donc quatre variétés prin-
cipales de début, avec des
sous-variétés sur lesquelles j'ai
à insister rapidement.
La première de ces variétés, celle

qui était la moins connue autrefois et qui a été observée dans les hopitaux ordinaires plus que dans les asiles d'aliénés, est la variété plus spécialement paralytique. C'est celle sur laquelle on s'est basé pour admettre la paralysie générale sans délire.

Les malades que l'on observe dans la clientèle civile et dans les hôpitaux ordinaires, commencent par présenter de très légers symptômes de paralysie

de paralysie à peine sensible
ils ont un léger embarras de
la parole, des tremblements de
muscles, des lèvres, des joues, e
paupières, quelquefois un léger
tremblement des mains, à pein
perceptible, à peine sensible. Ils
continuent, malgré cela, à rem
plir les devoirs de leur professi
de vie ordinaire, mais ils com
mencent à s'inquiéter de leu
affaiblissement léger musculai
de quelques phénomènes d'an

thésie, d'insensibilité locale, d'une dilatation exagérée de la pupille qui altère leur vision, de quelques phénomènes très légers de paralysie qui attirent leur attention. Plusieurs de ces malades, qui ont des professions très délicates, au point de vue des mouvements des mains, de la sensibilité des mains, comme les horlogers, comme dans certaines professions commerciales, comme les violonistes, les pianistes, etc

che, ceux qui ont besoin de se servir de leurs doigts avec une grande précision et une grande netteté, s'aperçoivent qu'ils n'ont plus la motivité, ni la sensibilité d'autrefois. Ils s'en inquiètent d'autant plus que leur profession, leurs travaux en souffrent. Ils vont alors consulter le médecin, ils entrent à l'hôpital, et c'est dans ces conditions qu'on les observe.

On constate alors une en

semble de symptômes précis, qui attirent l'attention et auxquels on a donné le nom de paralysie générale progressive sans aliénation. Ces malades, comme je vous le disais, ont conscience de leur état, à cette époque; ils sont préoccupés péniblement de leur maladie qui nuit à leur existence et à l'accomplissement de leur profession. Mais malgré cela, à côté de cette demi-tristesse, ils ont toujours une pointe d'optimisme. Ils

ne doutent pas de leur guérison,
ils sont convaincus que la mala-
die qu'ils ont va guérir, guérir.
Ils emploient divers moyens de
traitement, ils consultent des
médecins, et, tout en ayant con-
science de leur état, ils ont une
tendance à voir les choses d'une
façon beaucoup plus favorable
qu'auparavant. Cet état de pa-
ralysie générale progressive dure
souvent pendant plusieurs années
augmentant très légèrement de

mois en mois ; ces malades arrivent peu à peu à trébucher en marchant, à avoir une marche incertaine, à avoir des mouvements des bras et des mains très incertains et à avoir une paralysie incomplète, manifeste ; mais l'intelligence, jusque là, ne subit pas une abaissement très notable. Il faut une observation très attentive pour découvrir des traces de faiblesse intellectuelle chez ces individus qui paraissent à peu

près comme tout le monde. Cepen-
dant on remarque chez eux des
diminutions de la mémoire, des
absences momentanées, des faibless
très grandes de volonté, de la fa-
cilité à se laisser conduire, à se
laisser diriger, à se laisser influ-
encer par des personnes même
qu'ils ne connaissent pas.
On constate des altérations de
leur caractère, des irritabilités,
des dispositions momentanées

à la violence, quoiqu'ils soient, en général, très bienveillants, des troubles dans le caractère, dans les habitudes, dans l'intelligence, qui dénotent un commencement d'affaiblissement. Mais, pour observer ces divers phénomènes, il faut avoir l'habitude de l'observation psychologique et de l'observation des aliénés; il faut vivre avec ces malades et prendre des renseignements très minutieux auprès de leur femme

~~thésie, di insensibilité locale~~, ~~d'une~~
auprès des personnes qui vivent
constamment avec eux. Ce n'est
que grâce à cette observation atte[ntive]
fine que l'on peut arriver à
découvrir quelques traces de lé[sions]
[lé]sions intellectuelles dans cet ét[at]
de la paralysie générale.
C'est là la variété à laquelle
on a donné le nom de paralysie
générale progressive sans aliéna-
tion. Ces malades restent plu-
sieurs années dans cet état

la maladie est très longue dans son évolution, quand elle revêt cette forme particulière, et ce n'est qu'au bout de plusieurs années que commencent à survenir des symptômes de démence, d'affaiblissement intellectuel manifeste, et enfin plus tard, un délire qui survient très rapidement et qui prend alors un caractère du délire des grandeurs, délires de la paralysie générale qu'on observe dans les hôpitaux

et dans les asiles d'aliénés.

Une sous-variété de cette variété paralytique est la variété médullaire sur laquelle plusieurs auteurs, en France et en Allemagne, ont attiré l'attention, en particulier le professeur Westphal de Berlin, et Monsieur Mag[...] ici, à Paris. Mr Charcot et d'autres, plusieurs de leurs élèves, ont étudié également ces variétés médullaires au début

la paralysie générale. Dans ces cas, le malade commence par éprouver des phénomènes qui semblent devoir être rattachés à l'ataxie locomotrice ou à une autre maladie de la moëlle. Ces malades sont incomplètement paraplégiques, ils ont de la gêne dans la marche, quelquefois de l'incontinence des urines momentanée, en un mot, en les observant, on croit avoir affaire à des

malades atteints de l'ataxie locomotrice ou d'une maladie de la moëlle, plutot qu'à des paralytiques généraux.

Des observations anatomiques ont été faites sur ces malades à diverses périodes, et on a constaté chez eux, une lésion très peu prononcée, mais évidente de la moëlle, lésion souvent ascendante. La moëlle est atteinte d'abord dans sa partie inférieure, puis

par propagation, la lésion semble monter vers le cerveau. Il y a là une forme ascendante de la sclérose médullaire sur laquelle messieurs Westphal et Magnan ont surtout appelé l'attention. Ces malades peuvent rester dans cet état pendant plusieurs années; ils sont ~~atteints~~ traités comme atteints d'une maladie de la moëlle, et peu de personnes soupçonnent qu'ils ont un délire de paralysie générale. Ce

n'est que lentement et par pro-
pagation, pour ainsi dire, que
l'ataxie locomotrice, la fausse
ataxie par la maladie médul-
laire semble se caractériser de
plus en plus, et monter vers le
cerveau.

A une période plus avancée, le
malades commencent à éprou-
ver de l'embarras de la parol-
des dilatations inégales des pu-
pilles; quelques symptômes [illegible]

que : étourdissements, vertiges, céphalalgies, des symptômes cérébraux et quelquefois des troubles moteurs dans les muscles animés par les nerfs de la base du crâne, dans les muscles qui participent à la déglutition, en un mot, quelques symptômes d'origine évidemment cérébrale. La maladie médullaire se transforme peu à peu, en montant, en maladie cérébrale.

M. Magnan et M. Wesphal, le professeur Wesphal, de Berlin,

ont très bien étudié cette double
lésion anatomique, cette lésion d
la sclérose médullaire montan
vers le cerveau et une autre
lésion reportant du cerveau et
redescendant vers la moëlle.
Il y a là un double travail
anatomique qui a été étudié
avec beaucoup de soin et qui
justifie parfaitement l'exis
tence des symptomes observés
pendant la vie. Mais, chose
remarquable, chez ces malad

qui ont présenté, pendant plusieurs années, des symptômes paralytiques médullaires, lorsque survient la paralysie générale bien caractérisée par des symptômes physiques et par son état mental, lorsque les symptômes cérébraux deviennent incontestables, les symptômes médullaires diminuent ou disparaissent presque complètement. Un observateur attentif les reconnaît encore, mais au milieu de l'agitation ma-

niaque ou de l'agitation cérébr[ale]
que ces malades éprouvent, c'est
à-peine si on peut constater
la persistance des symptômes [pa-]
ralytiques médullaires.
On a souvent, dans la prati[que]
privée, l'occasion d'observation[s]
pour des malades de ce genre
qui sont extrêmement intéressa[nts]
au point de vue de l'évolution
et de la terminaison naturell[e]
de cette maladie.
Après cette variété qu[i]

j'ai appelée congestive, il y a des paralysies générales qui, au lieu de débuter comme les autres, débutent par de très petites attaques congestives, des étourdissements, des vertiges, des attaques extrêmement passagères, à peine perceptibles, qui durent quelques secondes, qui ont de l'analogie avec les attaques de l'épilepsie incomplète, attaques congestives qui ressemblent à de petites congestions cérébrales qui s'espa-

cent à plusieurs intervalles, qui se
reproduisent, mais qui ont pour cara-
tère particulier de laisser après eu
un trouble dans les idées, un t
ble, un affaiblissement de l'inte
ligence très prononcés, tandis qu
les personnes qui éprouvent de
petites congestions cérébrales n'en
subissent pas de conséquences
graves, au point de vue de l'
intelligence, ces malades là
au contraire, à la suite de qu
ques petites congestions, baisse

d'une manière extrêmement grave, leur mémoire s'affaiblit, leur intelligence baisse de niveau et des troubles intellectuels surviennent d'une manière évidente. Il y a là un contraste très profond entre le peu d'intensité des congestions et l'intensité, au contraire, des troubles cérébraux et de la tendance vers la démence. C'est sur ce point surtout que l'on peut se baser pour diagnostiquer, dès cette époque future de la

paralysie générale. Cette variété congestive est assez fréquente; quelquefois, pendant plusieurs mois, une année, et même davantage les malades ne présentent d'autres symptômes que de petites congestions avec affaiblissement intellectuel progressif. Ce n'est que plus tard que ces malades deviennent réellement des déments, des aliénés, et sont enfermés dans des asiles. Alors ils reprennent la forme ordinaire de

la paralysie générale, de la démence paralytique. Ils peuvent présenter et ils présentent souvent du délire de grandeur et tous les autres symptômes de la maladie. Cette variété congestive se présente quelquefois sous la forme épileptique, épileptiforme. Il y a des malades qui, au lieu de présenter simplement de petites congestions cérébrales, présentent de véritables attaques épileptiques; ils ont des convulsions générales

à forme épileptique. Cette forme
épileptique peut durer plusieurs
années, elle est souvent une cau
d'erreur dans le diagnostic.
Plusieurs malades ont été con
dérés comme des épileptiques
simples, comme des épilepti
chez lesquels la maladie étai
survenue à un âge plus avan
qu'elle ne survient d'ordinaire
ce qui est toujours suspect,
mais enfin comme des épilepti
qui, plus tard, se sont trans

formées en paralytiques généraux.
C'est là une variété de début, sur laquelle il importe de beaucoup insister.

Après ces deux variétés sur lesquelles je n'insiste pas actuellement, viennent deux autres variétés plus spécialement psychiques, ou du moins où le début de la maladie a lieu par des symptomes intellectuels et moraux, plutot que par des ~~caractères psychiques~~ symptômes physiques. Il y a d'abord la variété mélancolique

que M. Baillarger a appelé le stad
mélancolique, sur lequel il a attir
l'attention. Ce stade mélancoliqu
a été signalé par beaucoup d'o
servations, mais il était passé ina
perçu. Aujourd'hui, on sait qu
beaucoup de paralytiques qui se
présentent sous la forme expansiv
sur laquelle j'insisterai dans la
prochaine séance, que beaucoup de
paralytiques ont commencé par
être mélancoliques, pendant un
temps plus ou moins long. Le

période de mélancolie consiste en une simple dépression générale. Le malade a un sentiment d'abattement, de dégoût de la vie, l'affaissement de toutes les facultés; il est inerte, il reste chez lui, il s'enferme dans sa chambre, il reste au lit, il est profondément attristé, il se considère comme perdu, comme mourant, quelquefois comme mort, il a un stade mélancolique très caractérisé, qui précède l'explosion de la maladie, de la

paralysie générale sous la forme
excitée et maniaque. M. Bail-
larger a insisté sur le stade mé-
lancolique, de même qu'il a dé-
les formes mélancoliques ultérieu-
dans la marche de la paralysie
générale.

La 4me variété de début est
la variété expansive. Cette va-
riété expansive est la forme
commune de la paralysie gén-
rale ; c'est la forme qui a
été décrite par tous les anciens

auteurs et qui est, en effet, la plus fréquente et la plus générale. Cette forme constitue la véritable espèce de paralysie générale telle qu'on la connaît jusqu'à ce jour. C'est sur cette forme que j'insisterai dans la prochaine séance. Mon intention est de décrire la paralysie générale sous cette forme expansive, dans sa période prodromique dans ses périodes successives, et d'insister ensuite

sur les autres parties de l'his-
toire de cette maladie : étiologi[e]
anatomie pathologique, diagnosti[c]
différentiel et traitement.
J'aurai ainsi consacré deux leç[ons]
à l'histoire de la paralysie géné-
rale, qui mériterait même une
étude plus étendue, mais j'ai
préféré, cette année, insister sur
les symptômes, afin de vous ex-
per une description plus compl[ète]
de cette maladie si importan[te]

à constater.

Après la description de la paralysie générale, dans les leçons suivantes, j'étudierai les délires de persécution et les diverses variétés de mélancolie et enfin les diverses variétés de folie héréditaire. Le cours se prolongera ainsi jusqu'à la fin de décembre.

Je vous prie, Messieurs, de venir le jeudi, si vous désirez voir quelques malades, interroger quelques aliénés, ici, dans le service; cela pourrait

présenter quelque intérêt, car la pathologie mentale, étudiée sous la forme purement théorique, il est souvent difficile à comprendre et à étudier quand on n'a pas v des malades. Il importe beaucoup d'interroger, d'entendre les alié de les voir agir et parler, pou pouvoir les connaître. Ce n'est que par le côté pratique de ce cours q on peut arriver à la connaissance des maladies mentales.

(applaudissements)

---

22 Nbre 1885

Messieurs,

Dans la dernière séance, j'ai commencé l'étude de la paralysie générale envisagée comme forme spéciale de maladie mentale. Dans la première leçon, j'ai commencé par l'historique de la maladie, par l'étude des différentes opinions qui ont été

formulées à diverses époques sur la
nature et sur la marche de cette
maladie. Après cet historique,
j'ai fait un peu long parce qu'il
était nécessaire pour bien faire
comprendre les diverses opinions q
ont cours encore aujourd'hui sur
la nature de cette maladie, je
me suis appesanti sur la descrip
tion des premières périodes que
j'ai divisées en quatre variét
principales; variété plus spécia

ment paralytique, c'est à dire celle dans lesquelles dominent les phénomènes physiques et que l'on observe souvent dans la pratique civile, dans les hopitaux ordinaires, plutôt que dans les asiles d'aliénés ;

Seconde variété : variété congestive qui se rapproche des congestions cérébrales et des débuts du ramollissement du cerveau.

Troisième variété : variété mélan-

colique qui n'était pas connue dans les premiers temps de l'étu[de] de cette maladie, et sur laquelle M. Baillarger a surtout appelé l'attention ; et enfin :

quatrième variété, variété expan[si]sive, variété commune, classiq[ue] qui est la variété la plus co[m]mune, la plus fréquente et qui a été décrite dès le début de[s] études faites sur cette maladie. C'est la seule variété qui étai[t]

comme à l'époque où Bayle et Calmeil ont publié leurs ouvrages classiques sur la paralysie générale.

Je m'étais arrêté là à la dernière séance. Il me reste aujourd'hui à parcourir un champ très étendu, c'est à dire à décrire d'abord cette variété expansive, la plus fréquente, celle qui est la plus connue, la variété qui forme la base de

l'étude de la paralysie généra[le]
telle qu'elle est aujourd'hui
acceptée dans la science. J'aurai
à la diviser en trois périodes
et à parcourir successivement c[es]
différentes périodes, sans parler
des prodromes par lesquels je
vais commencer. Après cette
description symptomatique
j'aborderai les autres côtés de
l'histoire de la maladie men-
tale, c'est à dire l'étiologie

l'anatomie pathologique, le diagnostic différentiel, la marche, la durée, le pronostic et le traitement.

Comme je vous l'ai dit dans la dernière séance, la paralysie générale peut-être ~~générale~~ héréditaire et elle peut avoir deux genres d'hérédité résanique. Autrefois, on admettait que la paralysie générale était très rarement héréditaire. Mais, plus on a

fait des recherches dans les au-
teurs et dans la clinique, plu
on est arrivé à se convaincre
qu'il y a un certain nombre de
paralytiques, des congestifs, de
malades à maladies cérébrales
congestives, et d'autres enfin, q
ont eu des aliénés dans leur
famille.

Quoiqu'il en soit, cette maladie
est plus souvent accidentelle,
individuelle et personnelle qu

que les autres variétés de maladie mentale. Qu'elle soit héréditaire ou personnelle, la maladie ne débute ordinairement qu'à un certain âge. Les paralytiques généraux ont bien, dès leur enfance, un caractère spécial : ils sont doux et bienveillants ordinairement, disposés à la colère, à l'irritation, aux irrégularités de caractère, mais ces symptômes sont peu marqués dans les premières années de la vie et dans la jeunesse ; cette mala-

die ne débute ordinairement que vers
l'âge adulte, le plus tôt à 25 ans,
le plus souvent à partir de la tre
taine ; c'est une maladie de l'âg
adulte qui a lieu ordinairement
de 30 à 45 ans. Lorsqu'on rech
che attentivement dans les anté
cédents des paralytiques on dé
couvre souvent que la ~~po~~ malad
qui paraît avoir eu une explo
sion assez rapide et assez géné
~~rale~~ récente, remonte cependant

à une période beaucoup plus éloi-
gnée qu'on ne l'imaginait d'abord.
Cette période peut s'étendre à sept
ou huit ans, dans d'autres cas
à un ou deux ans avant l'en-
trée des malades dans les asi-
les. C'est ce que nous appelons
la période prodromique. Elle
ne passe pas ordinairement pour
une période morbide.
Les malades n'ont alors que
des altérations de caractère et
des troubles intellectuels peu

sensibles, qui ne sont pas cons
dérés comme des manifestatio
d'une maladie. Il faut étu
dier rétrospectivement, par le
comptes-rendus des famille
et surtout par les comptes-
rendus des personnes qui ont
vécu intimement avec eux.
Par exemple, par les compte
rendus des femmes, pour ar
river à découvrir ces signes
antérieurs qui ont passé, le

plus souvent, inaperçus.

Ces malades ont, ordinairement, une très grande activité ; ils ont une intelligence assez active, ils réussissent souvent dans leur profession, et l'on a même fait la remarque que plusieurs d'entre eux, par leur activité presque fébrile, arrivant à faire fortune et à faire des spéculations heureuses qui leur réussissaient, sous l'influence de

l'excitation morbide prodro-
mique. Mais le plus souven
cette excitation produit plu
des effets désastreux. Les ma
lades ont une activité extrê
mement irrégulière ; ils ne d
ment pas, ils ont un mouv
ment incessant de corps et
d'esprit, une activité peu
ordonnée, très irrégulière, en
même temps, leur caractère
est profondément altéré,
ils ont des colères, des vio

lences instantanées, non motivées des mouvements d'impatience arrivant jusqu'à la violence. En un mot, on découvre, quand on étudie attentivement les antécédents des paralytiques un grand nombre de faits qui paraissent inaperçus au moment où ils se produisaient et qui, plus tard, peuvent être considérés comme des signes avant-coureurs d'une maladie.

Cette étude est d'au-

tant plus intéressante qu'elle peut acquérir une grande importance au point de vue médico-légal. Il y a des malades qui, dans ces périodes prodromiques, se livrent à des actes obcènes, à des actes irréguliers, à des actions de tout genre, à des violences d'action, et, même quelquefois, à des vols ou à des faux qui pouvant les con

duire devant les tribunaux.

Ce sont là des faits dont l'appré_ciation est souvent très-difficile, parce que l'état de maladie n'étant pas encore constaté, il est difficile d'admettre et de faire admettre aux tribunaux que ces faits délictueux ou criminels peuvent être attribués à un dé_but de maladie cérébrale, et non pas à un caractère ou à des dispositions naturelles de l'individu.

Cette étude des périodes prodromiques a été faites par plusieurs auteurs, et attiré de plus en plus l'attention des observateurs. M. Brière de Boismont a publié autrefois un mémoire sur ce sujet. M. Legrand du Saulle a également étudié avec soin la période prodromique de la paralysie générale au point de vue médico-légal.

Ce qui est remarquable

C'est que ces malades commettent souvent des faux, des petites escroqueries, des vols insignifiants, des vols sans conséquence, mais qui, dans certains cas, peuvent attirer l'attention de la justice. Il importe alors beaucoup, pour le médecin expert, de chercher à reconstituer l'état général du malade, l'état de son caractère, l'état de son intelligence, de ses actes

sa conduite, sa manière d'être dans toutes les circonstances de la vie, pour arriver à démontrer que ces faits incriminés sont dûs à une maladie cérébrale commençante et non pas à un état normal, à un caractère normal. Au point de vue de la médecine légale, cette période prodromique est donc très interessante à étudier dans tous ses détails. Mais

mais il m'est impossible aujourd'hui dans une seule leçon, d'entrer dans les développements nécessaires à cet égard. Je me borne à vous signaler ces faits qui méritent d'appeler l'attention des observateurs. Peu à peu, cette altération vague du caractère, cette excitation manifeste de l'intelligence prend des proportions beaucoup plus élevées, beaucoup plus importantes. Le malade se livre alors à des excès de tout genre, excès de

boisson, excès de femmes. Il chan
complètement de conduite et de
manière d'être. S'il était régu
lier dans sa conduite, très ex
dans l'exercice des devoirs de
sa profession, il change comp
tement de manière de vivre
il devient irrégulier, il sort
souvent de chez lui, il décou
che, il vagabonde, il fait de
voyages, il entreprend des sp
culations hazardées qui ne son

pas en rapport avec sa vraie situation et avec ses habitudes antérieures ; il y a une transformation complète qui se produit dans son caractère et dans ses actes. C'est à cette époque que l'on peut considérer la maladie comme commençant à se caractériser, et que l'on peut appeler cette période, première période de la paralysie générale, au lieu de l'appeler

simplement période prodromiq

Presque tous les paralytiques qui arrivent dans nos asiles sous la forme d'excitation avec délire de grandeur, ou présenté, pendant plusieurs mois, et souvent, pendant plusieurs années avant leur entrée dans les asiles, une période d'excitation de ce genre. Ils se sont livrés à des spéculations hasardeuses

ils ont entrepris des voyages, ils ont fait des entreprises souvent très aventureuses, ils se sont montrés, en un mot, très désordonnés dans leurs conceptions, dans leur caractère et dans leurs actes. Mais tant que l'altération des facultés n'arrive pas à un degré plus prononcé, tant qu'il n'y a pas de délire proprement dit, personne ne veut admettre l'état de

maladie cérébrale, et l'on considère
ces faits, ces actes, ces excès
comme de simples travers de ca-
ractère, comme de simples petits
écarts de conduite, et l'on ne
veut pas admettre qu'ils
soient le produit d'une ma-
ladie. Ce n'est donc que
plus tard qu'on peut recons-
tituer, après coup, cette pre-
mière période qui, le plus
souvent, passe inaperçue,

excepté pour les personnes qui vivent intimement avec les malades. On obtient, sous ce rapport, des femmes des malades, des détails extrêmement circonstanciés, souvent très précieuse pour l'appréciation ultérieure de la maladie.

C'est à cette période que les malades commencent à manifester des actes tout-à-fait désordonnés et que, le plus

nent, ils se font arrêter et
conduire dans les asiles d'a-
liénés ; ils se livrent à des
excès de tous genres ; ils va-
gabondent, font des voyages,
font des entreprises variées ;
souvent, il y a, en même
temps, des absences, des lacu-
dans leur intelligence. L'in-
telligence commence à baiss-
de niveau. Cet abaissement
est peu sensible mais il peu-

il peut être apprécié par une étude attentive.

Dans les grandes villes, comme Paris, les malades se font souvent arrêter pour des faits du même ordre; les uns collectionnent beaucoup d'objets, ils achètent, font des achats nombreux, des achats par dizaines, par douzaines, inutiles, et les accumulent dans leurs appartements, et ils sont accusés, souvent, de les avoir volés. D'autres fois, on

constate l'étrangeté de ces achats bizarres et non motivés. Dans d'autres cas encore ils se livrent à de véritables vols, vols à l'étalage, vols dans les magasins. Les malades s'imaginent que les objets leur appartiennent et par négligence, sans réflexion ils s'emparent de ceux qui leur tombent sous la main et sont ainsi conduits devant le commissaire de police

D'autres enfin, très fréquemment, se font arrêter parce qu'ils ne paient pas leurs consommations dans un café, ou parce qu'ils ne veulent pas payer un cocher qu'ils ont pris pendant plusieurs heures, souvent pendant toute une journée. C'est dans ces conditions que, le plus souvent, à Paris, on arrête les paralytiques au début. On les conduit à la préfecture de Police

et ils sont ensuite admis dans
les asiles d'aliénés. Ils sont aus
admis à une période un peu
moins avancée que celle où on
les interne habituellement. Ce
sont des actes de ce genre
qui les font arrêter, alors que
leur délire n'est pas encore
complet et ~~arrêté~~ caractérisé
comme il le sera un peu plus
tard.
Quoiqu'il en soit, quelque soit
le moment de leur internement

~~cette période~~ d'excitation va grandissant ordinairement d'une manière progressive.

Il est remarquable, cependant, et il importe beaucoup d'insister sur ce point que souvent après une période de suractivité se manifestant dans les actes ou dans le caractère, il survient une période temporaire de mélancolie, un stade mélancolique qui s'interpose entre la période d'activité primitive

et la période de délire des grandeurs caractérisé qui sur-vient plus tard, il y a très souvent, quand on cherche avec attention dans les anté-cédents des paralytiques, un stade mélancolique plus ou moins prolongé, de trois se-maines, un mois, six semaines qui s'intercale entre la pé-riode de simple activité et la période de délire caractéri

Ce fait que l'on rencontre dans beaucoup d'observations, et qui avait été remarqué par les anciens auteurs, a été bien établi depuis lors et est presque constant. Il y a presque toujours un stade mélancolique entre la période d'activité et la période de délire caractérisé. Cette période de mélancolie peut même, dans quelques cas rares, se reproduire plusieurs fois, avec des périodes

d'activité intercalées. On a alors ce qu'on a appelé la variété circulaire de la paraly-sie générale. Quelques malades passent, en effet, par ces phases successives d'excita-tion et de dépression avant d'arriver au délire des gran-deurs parfaitement caractéris[é]. Quoiqu'il en soit de ces va-riétés de début, au moment où les paralytiques, entrent

dans les asiles d'aliénés, ils sont ordinairement dans une période d'excitation avec idées de grandeur. C'est là le fait le plus habituel et c'est cette période qu'il importe maintenant de décrire. Ces malades ont une activité exagérée, mais tout à fait désordonnée. Ils ont un besoin incessant de parler et d'agir. Ils racontent à tout venant les idées

les plus étranges, les plus extraordinaires, les projets les plus bizarres qui se heurtent et se croisent dans leurs conceptions comme dans leur cerveau.

Mais, à cette époque, même lorsqu'ils sont internés, ils sont encore quelquefois dans la limite du possible et du vraisemblable, ou du moins, des choses qui ne sont pas rigoureusement impossibles.

Ainsi, par exemple, ils veulent faire de grandes découvertes, de grandes inventions ; ils veulent se marier, ils veulent entreprendre de longs voyages, ils veulent augmenter leur fortune d'une façon démesurée et peu en rapport avec leurs projets antérieurs ou avec leur situation sociale. Mais quelque extraordinaires que soient ces projets et ces conceptions,

ils sont encore admissibles dan
une certaine mesure et encore
réalisables dans certaines cond
tions.

Le malade, à cette époque, est
encore dans la limite des ch
ses possibles, mais il est re
marquable que chez ces alién
paralytiques, à la période
de début, le délire monte
avec une rapidité extraord
naire, de sorte que, souvent,

en quelques jours, en quelques semaines et quelquefois même dans l'espace d'une nuit, le malade passe brusquement d'un délire possible, réalisable, acceptable dans une certaine mesure, à un délire absolument absurde, impossible, inadmissible, contraire à toutes les lois de la raison. Ce passage est ordinairement graduel, mais très rapide. On peut dire alors que les malades montent en grade, ou qu'ils

escaladent successivement tous
les échelons de l'échelle des gra
deurs. Sont-ils dans l'armé
Ils commencent par être capitai
puis colonel, puis général, pu
empereur et roi. Sont-ils dan
les positions ordinaires de la vie
Ils deviennent peu à peu très
forts dans leur profession, plu
de plus en plus riches, de plus
en plus élevés dans la hiérarchi
sociale ; ils acquièrent des titres

des dignités, et ils arrivent ainsi successivement à l'empire, à la royauté et même jusqu'à la divinité. Ces malades montent en grade avec une grande rapidité. Cette transformation du délire s'opère souvent en très peu de temps, en très peu de jours. C'est un fait très curieux à observer parmi les paralytiques excités qui arrivent dans les asiles d'aliénés.

Dans les premières semaines, on
assiste à l'évolution très ra-
pide et incessamment as-
cendante de leur délire de
grandeur. C'est ainsi qu'ils
arrivent à la période d'état
dont le délire mérite d'être
décrit d'une manière spécial
Le délire des grandeurs n'est
pas constant, tant s'en faut
il peut même coïncider ou alter-
ner avec le délire mélancoliq

ou avec un délire d'une autre nature, mais il est très fréquent, et on en a fait avec raison un caractère principal sinon pathognomonique de la paralysie générale. Il est certain que tous les paralytiques n'ont pas le délire de grandeur; il en est beaucoup, même, qui ont ce délire à un degré très ~~prononcé~~ modéré, comme je le dirai tout à l'heure; mais, en général,

le délire de grandeur domine
et est le fait principal dans
cette maladie. Ce délire mérite
d'être étudié d'une manière
particulière. Il a des carac-
tères spéciaux qui sont très
importants pour caractériser et
pour diagnostiquer la maladie.
Ces caractères peuvent se résu-
mer assez facilement. Le dé-
lire des paralytiques, comme
les autres délires, du reste,

a pour caractère d'être très mobile. Le malade change d'idées avec une extrême facilité et passe rapidement d'une idée à une autre.
Il énonce aussi, dans un temps très court, un nombre d'idées considérables et d'idées qui s'effacent ou qui disparaissent, tandis que certaines d'entre elles persistent avec une certaine fixité. Ce délire est donc non seulement mobile, mais

multiple. On est étonné de
la quantité des conceptions va-
riées qui pullulent dans l'es-
prit de ces malades, pendan
cette période d'excitation simp
du début. Ces malades sont
à la fois, rois, empereurs, pap
rois de différents pays en mêm
temps, princes, grands seigneu
riches à millions ou à millia
et, parallèlement, ils raconten
leur vie réelle à coté de la vie
imaginaire.

C'est là un fait très important et qui est presque constant dans cet état de maladie. Le même malade qui est, par exemple, ouvrier dans les classes inférieures, qui occupe des professions libérales dans les classes supérieures, eh bien, raconte sa vie réelle, sa vie exacte telle qu'elle existe dans la nature, en même temps que sa vie imaginaire. Il est ouvrier tailleur, cordonnier, il raconte les détails

tous les faits de sa vie habituelle, il donne son nom, le nom de sa femme, de ses enfants, il raconte sa vie réelle, en un mot, et, à coté de cela, il dit qu'il est prince, qu'il est empereur, qu'il est roi, qu'il gouverne le mon[de]. Il y a là une contradiction très flagrante qui est le carac-tère essentiel du délire para-lytique. De plus, ses idées sont souverainement absurdes

à côté d'idées possibles, dans une certaine mesure, il énonce des idées absolument impossibles; il va ressusciter les morts, reconstruire Paris, réformer la société, refaire le monde, gouverner l'univers; il modifie les éléments, il transforme la nature; il est, en un mot, dans le domaine de l'imagination la plus absurde et la plus exagérée.

Ce qui est surtout frappant

c'est l'incoordination du
délire. Ce délire, au lieu d'ê
rattaché à certains points log
ques, au lieu d'être raisonn
est absolument incoordonné
et contradictoire. Ces mala
des énoncent en même temp
des idées absolument incomp
tibles. Ils sont ensemble, à
la fois, papes et empereurs;
ils sont en même temps
rois d'Espagne et rois d'A

magne, ils ont les idées les plus incompatibles ; ils veulent épouser des princesses et ils avouent, en même temps, qu'ils ont une femme, d'un rang tout à fait inférieur. Tout est contradiction dans leur délire, incompatibilité, et, au lieu de prévoir les objections comme les autres aliénés à délire partiel, de chercher à y répondre, de coor-

donner logiquement leur délire
et en faire un tout, un
roman, comme cela a lieu
dans le délire des grandeurs
dont nous parlerons plus tard
qui succède au délire de
persécution ; le délire de
grandeur des paralytiques
est absolument incoordonné
et contradictoire. Le malade
répond à une objection qu'on
lui fait, mais il ne fait

aucune attention à sa réponse, et, un instant après, il se contredit et il a oublié la réponse provisoire qu'il a faite à l'objection qu'on lui a adressée. Ces caractères du délire sont très importants à suivre dans le détail et servent énormément à diagnostiquer la maladie. Quand on a affaire à un aliéné présentant ces caractères de

délire, alors même que les symptômes physiques sont encore très peu prononcés, à peine sensibles, on peut affirmer qu'on a affaire à une véritable paralysie générale, à une première période de la paralysie générale. Ces caractères ne sont pas absolument pathognomoniques, comme je vous le dirai tout à l'heure, mais ils

sont tellement prédominants, ils sont tellement accusés qu'ils peuvent servir beaucoup au diagnostic de la maladie. Le délire des grandeurs des paralytiques ne se présente pas toujours sous cette forme aussi exagérée; quelquefois il revêt la forme du simple délire de satisfaction, d'optimisme général. Il y a des malades qui n'arrivent pas à ce degré extrême de l'exagération; ils ne parlent pas de

millions, de milliards, de prince[s]
de princesses ; ils se bornent à
dire qu'ils sont plus forts dan[s]
leur profession, qu'ils gagnen[t]
plus d'argent qu'ils n'en ga-
gnent réellement.

Le délire de satisfaction est
très limité et j'y insisterai
tout à l'heure pour vous dire
que cette forme de la simple
satisfaction est plus fréquente
chez la femme que chez l'homm[e]

Je ne fais donc que l'indiquer ici en passant.

La période d'excitation avec délire des grandeurs est souvent assez longue ; mais, peu à peu, au milieu de cette excitation simplement maniaque, surviennent des phénomènes d'excitation beaucoup plus forte et des traces évidentes de démence commençante. C'est là une étude très intéressante à faire ; au

point de vue de la clinique, ce
passage successif à l'état ma
niaque ou à l'état de démence
de plus en plus prononcée. C'est
le moment de vous dire quel-
ques mots des symptômes phy
siques qui existent et qui
sont très peu prononcés. Quel-
ques uns de ces malades, au
milieu de la grande excitation
n'ont pas d'embarras de
la parole, ni de symptômes

physiques très appréciables. Ce sont ceux que M. Baillarger a classés dans la manie congestive et chez lesquels le diagnostique de la paralysie générale peut être quelquefois douteux. Mais, ordinairement, dès le début de la maladie, on constate un embarras de la parole, manifeste pour des observateurs exercés, qui ne l'est pas, en général, pour

le public, pour les personnes qui n'ont pas observé cette maladie. La parole est hésitante, il y a des suspensions au moment où ils prononcent certains mots ou certaines syllabes, en même temps quelques tremblements se manifestent dans tous les muscles de la face, dans la langue, dans les paupières; et un médecin attentif, qui constate ces phéno

mêmes, n'hésite pas à se prononcer sur l'existence de l'embarras de la parole, mais cet embarras est très peu sensible au début; quelquefois, pour le rendre plus sensible, on est obligé de faire parler les malades, de leur faire prononcer certains mots choisis à cet effet, qui sont plus difficiles à prononcer, ou bien de les faire lire à

haute voix. Certains malades, qui n'hésitent pas en parlant spontanément, manifestent leur embarras de parole par la lecture.

Il y a plusieurs moyens de diagnostic, dans ces cas difficiles; mais, en général, le diagnostique de l'embarras de la parole se fait, quand on a l'habitude de ces malades, avec une assez gran

facilité.

En même temps, il y a inégale dilatation des pupilles, une est plus dilatée que l'autre; c'est un symptôme dont on a peut-être exagéré l'importance, mais qui est assez fréquent pour mériter d'être signalé. Il y a également un commencement d'imprécision dans les mouvements des doigts, des mains et des jambes. La marche est incer-

faine, le malade trébuche en marchant, il laisse tomber des objets, il les saisit mal, et, surtout dans les professions délicates, il manifeste de l'im- précision de ses sensations, de ses mouvements des doigts et des mains. Mais ces symp- tômes, à cette période, sont peu prononcés et il faut une grande attention pour les constater et pour les décrire

Quelquefois même, à cette période, on commence à constater l'incontinence des urines, mais elle n'existe que d'une manière intermittente, passagère, elle n'est pas constante comme elle le sera plus tard, dans les périodes ultérieures. Il y a même dans cette première période de la paralysie générale, quelques symptômes physiques qui servent à poser

le diagnostique. Lorsqu'il y a à la fois embarras de la parole, léger trouble des mouvements et délire caractérisé avec les caractères que je viens de vous indiquer, le diagnostique de la paralysie générale peut être posé avec une certitude presque complète.

Les auteurs qui ont, les premiers, décrit la maladie, comme Bayle et Calmeil, ont

admis que, après la période que je viens de décrire rapidement, qu'ils appelaient la période monomaniaque, et, plus tard, la période de démence. C'est, en effet, ce qui a lieu souvent, mais c'est loin d'être une règle générale et absolue. Le progrès de la science consistera précisément à établir des variétés cliniques dans la marche, aussi bien dans les dernières pé-

riodes que dans les premières. De même que nous avons décrit précédemment quatre variétés de début, de même il sera nécessaire d'arriver à décrire des variétés de marche de la paralysie générale pendant tout son cours, depuis son début jusqu'à la mort. Mais aujourd'hui, ces variétés ne sont pas encore bien connues. Il y en a

quelques unes, cependant, sur lesquelles j'appellerai tout à l'heure votre attention. En général, la période d'excitation simple du délire des grandeurs se transforme assez rapidement en période vraiment maniaque. Le malade alors arrive au degré extrême de la violence des actes. Il ne cesse de parler, de crier, de chanter, jour et nuit; il s'agite sous toutes

les formes ; il casse, brise, dé-
chire, se déshabille et, quelque
soit le mode de restriction em-
ployée, soit qu'on lui applique
la camisole comme on le fait
souvent en France, soit qu'on
le mette dans des chambres
spéciales, ou dans des cham-
bres d'isolement, comme on
le fait en Angleterre, quel-
que soit le mode de traite-
ment employé, les manifesta-

tions sont toujours les mêmes. Le malade, même maintenu dans la camisole, arrive, le plus souvent, à se déshabiller, à déchirer, à casser et à se trouver tout nu dans sa cellule. Il y a une agitation maniaque des plus intenses, qui existe surtout chez l'homme, et qui se produit quelquefois également chez la femme, et qui

dure souvent pendant très
longtemps. Il y a des ma-
lades qui, pendant plusieurs
mois, sont dans cet état d'a
gitation maniaque incessante
de jour et de nuit, ne dor-
ment presque pas, ne dorment
que peu, et d'une manière
intermittente, et qui, pendant
tout ce temps, résistent à
cette agitation incessante, qui

que fébrile, sans éprouver de symptômes physiques alarmants. Ce sont des malades qui mangent beaucoup, ce sont des malades qui mangent beaucoup; ce sont ceux qui ont une grande activité physique et morale, et qui peuvent résister à cette agitation incessante et presque effrayante dans sa durée.

Indépendamment de

cette variété franchement ma-
niaque, il y a une variété d'a-
gitation beaucoup moins pro-
noncée et qu'on peut appeler
automatique, et qui est beau-
coup plus fréquente. Le ma-
lade, alors, semble arriver
aux degrés extrêmes de la
manie ; il a un besoin de
mouvement incessant, il
est constamment occupé à
déchirer, à remuer les doi-

des mains, à marcher; il a, en quelque sorte, la carphologie de l'homme debout; il est habillé, il circule, il marche, mais il est sans cesse en mouvement, il remue sans cesse soit de petits papiers, soit des petits chiffons, soit ses habillements, ses vêtements qu'il a déchirés. C'est un mouvement automatique

de jour et de nuit, et qui
se manifeste non seulement
dans les actes mais dans les
paroles. C'est un degré d'ex-
citation maniaque moins vio-
lent que le précédent mais
qui mérite d'être signalé,
qui est très fréquent dans
cette période d'état de la
paralysie générale; mais il
est d'autres cas sur lesquels

le délire, l'agitation arrive à un degré encore bien plus intense : Ce sont des cas de manie suraiguë, qui arrivent presque au degré, au niveau des délires aigus proprement dits. Dans ces cas, la méningite chronique qui est le fond essentiel de la maladie, touche aux derniers confins de l'état maniaque.

C'est une variété suraiguë de la paralysie générale sur

laquelle il importe beaucoup d'ap-
peler l'attention, parceque elle
est souvent très grave et peut
entraîner des conséquences fâ-
cheuses et même la mort.
Les malades alors, au lieu d'ê-
tre en pleine santé, au lieu
d'avoir la physionomie des
d'un tempéramment sanguin
et congestif, arrivent peu à
peu à l'amaigrissement;
ils cessent de manger et

refusent même les aliments.
Un délire mélancolique vient souvent s'intercaler, se substituer au délire de grandeur.
Il y a, en même temps, une grande chaleur à la peau; on a constaté souvent, au thermomètre, une augmentation d'un degré dans la température, pendant toute cette période de manie suraigüe. Et cependant, le pouls est plutot ralenti

qui augmente. C'est comme la méningite où le pouls arrive à cinquante, quelquefois à quarante pulsations. Il y a donc un état qui mérite l'attention, sur lequel on a publié une monographie, entre autres un livre publié par Monsieur Meyer, en Allemagne ayant pour titre : De la manie suraigüe avec aug-

mentation de la température et ralentissement du pouls dans la période aigüe de la paralysie générale. Cet état mérite d'appeler l'attention. Les malades tombent peu à peu dans la cachexie et dans le marasme. Souvent, ils refusent les aliments; on est obligé de les nourrir artificiellement, de leur mettre la sonde œsophagienne. Ils ont le délire

mélancolique qui coïncide sou-
vent avec cet état de surexci-
tation maniaque ; l'amaigris-
sement est extrême, et il se
produit souvent, à cette pé-
riode, des eschares presque spon-
tanées qui ne sont pas dûes
seulement au décubitus, au
séjour, au contact des bras et
des jambes sur le lit, mais
qui sont dûes à l'état géné-
ral de cachexie et de ma-

rasme. Il y a également souvent des éruptions de furoncles pendant ces périodes suraiguës de la paralysie générale. On peut comparer cet état aux périodes très aiguës de la phthisie pulmonaire. De même que, dans la phthisie pulmonaire, il y a une marche très différente suivant les cas, certains malades qui vivent très longtemps avec les symptômes évidents de la

de la phthisie, tandis que d'au-
tres ont une phtisie galopante
suraiguë ; il en est de même
de la paralysie générale. Les
cas les plus habituels ont une
marche progressive très lente,
mais il est des cas qui pren-
nent la forme aiguë et qui
peuvent amener les malades
rapidement à la mort. Ce-
pendant l'observation montre
que, dans ces cas, même ex-

trêmes, la mort est le fait exceptionnel. La plupart de ces malades parviennent à traverser cette période, et ils la traversent avec peine, avec difficulté, mais enfin ils la traversent et, souvent, pour aboutir à une rémission au lieu d'aboutir à une aggravation de la maladie. Mr Baillarger a surtout appelé l'attention des médecins sur

les rémissions survenant dans ces conditions à la suite de furoncles, à la suite d'une grande suppuration, à la suite d'un état cachectique, d'un état suraigu de l'agitation que je viens de vous décrire rapidement. Vous voyez donc sous une forme très rapide, car le temps ne me permet pas d'insister comme je voudrais sur ces différentes variétés

que la paralysie générale, même à sa période d'état, se présente sous des formes assez différentes. Elle se présente sous la forme de manie tout à fait franche et très violente, sous la forme d'excitation simplement automatique, et enfin sous la forme de manie suraigüe aboutissant à un amaigrissement considérable et à la cachexie. Ce sont là des variétés très importantes, qu'il importerait de

décrire avec plus de soin et de rattacher soit aux périodes anté-rieures, ~~ou~~ soit aux périodes ul-térieures.

Cet état suraigu aboutit quelque-fois à des rémissions. C'est, en effet, ce qui a lieu souvent, plus souvent qu'on ne le croyait autre-fois, après la période d'état de cette maladie. Qu'elle se présente sous la forme maniaque franche ou sous la forme suraiguë, dans

ces deux, il arrive assez souvent que le malade, après avoir passé par des périodes très graves, très aiguës, de paralysie, revient peu à peu à un état presque normal. C'est un fait qui n'était pas connu autrefois, et qui, aujourd'hui, est parfaitement admis par tous les auteurs. On peut varier sur son interprétation, mais le fait n'est pas contestable ni contesté.

M. Baillarger a surtout

introduit dans la science ce fait d'observation qui a été depuis confirmé par tous les autres observateurs. Les rémissions sont donc assez fréquentes dans la marche de la paralysie générale; mais elles peuvent exister à des degrés très divers. Il y a des cas où la rémission n'est évidemment qu'une rémission; le malade conserve encore de grandes débilités in-

tellectuelles, des symptômes physiques manifestes et ne peut pas être considéré comme dément; quelquefois même, dans ces cas, il est rendu à sa famille, il rentre dans la société, mais il n'est pas considéré comme dément. Il y a d'autres cas, au contraire, où la rémission est tellement prononcée qu'elle peut simuler une guérison. Ces cas ont surtout lieu à la suite d'une période maniaque

très intense et très violente.

Il y a des malades qui sont, pendant cinq ou six mois, dans un état de manie ai-guë, avec délire de grandeur, et qui aboutissent à une gué-rison temporaire.

Ce sont ces malades auxquels M. Baillarger a donné le nom de maniaques congestifs. Il admet que, dans ces cas, la paralysie générale n'est pas en

core constituée à l'état de maladie définitive, que la manie congestive est une forme indépendante qui aboutit très souvent à la paralysie générale, mais qui, dans certains cas, peut être considérée comme une forme spéciale aboutissant à la guérison. M. Baillarger a fait beaucoup de travaux pour chercher à démontrer cette opinion ; mais, jusqu'à présent, elle n'a pas été

admise par la plupart des médecins ; tout le monde admet aujourd'hui qu'il existe des rémissions simulant la guérison, mais on admet aussi que ce n'est qu'un temps d'arrêt dans la marche de la maladie, et que, plus tard, la paralysie générale survient et reprend son cours interrompu pendant plus ou moins longtemps. Cependant il y a

cas où cette rémission peut durer pendant des années. Ces cas sont difficiles à prévoir. On a même vu des malades remplir, pendant cette période, tous les devoirs de leur profession, rentrer dans le monde et, même, s'y marier. Nous avons plusieurs exemples de paralytiques à cette période qui ont repris leurs occupations et qui se sont mariés. Ce sont ces faits sur lesquels M. Baillarger s'appuie

pour admettre la guérison possib[le]
de la paralysie générale dans ce[r-]
tains cas. Quoiqu'il en soit,
dans la plupart des cas, apr[ès]
une rémission plus ou moins
prolongée, la maladie reprend
son cours et le reprend avec
une intensité nouvelle ; elle
arrive alors d'emblée à une
période beaucoup plus avancé[e]
qu'il me reste à vous décrire.

Les paralytiques, à une

période beaucoup plus avancée, peuvent être divisés en deux classes : ceux qui sont pris par les membres inférieurs (et c'est la forme qui, autrefois, était considérée comme la plus commune), et ceux, au contraire qui, tout en ayant de l'incoordination très manifeste, dans les mouvements ; de l'ataxie, de l'irrégularité dans les mouvements des bras et des jambes, un

embarras de la parole, ne sont cependant pas condamnés à l'immobilité sur un fauteuil. Or, il est très remarquable (il est très important d'insister sur ce point) que beaucoup de paralytiques en arrivent à la dernière période de la maladie et même à la mort, sans avoir jamais cessé de marcher, malgré l'intensité de leurs phénomènes paralytiques. Il y a des paralytiques

qui restent des années assis sur un fauteuil, qui sont gâteux, qui ne peuvent faire aucun mouvement et qui ne peuvent pas marcher. Il en est d'autres, au contraire, qui continuent à être excités jusqu'à la fin, à circuler dans les cours, à marcher d'une manière plus ou moins irrégulière, en inclinant le corps à droite, à gauche, en avant, en trébuchant ou en se laissant tomber fré-

quemment, mais qui continuent à marcher jusqu'à la fin. C'est un fait sur lequel il importe beaucoup d'insister pour montrer de plus en plus que la paralysie générale est une maladie très inégale dans sa marche, très variée et qui comporte des variétés différentes, susceptibles de description. A cette période, le fait le plus impor-

tant est celui des attaques con-
gestives ou convulsives. Beaucoup
de paralytiques présentent des
attaques qui ressemblent aux
attaques apoplectiques, congestives
ou bien même aux attaques épi-
leptiques ou épileptiformes, les uns
ont ont des attaques très intenses,
très fortes, subites, ayant tous les
caractères de l'épilepsie, et suivies
d'un réveil analogue à celui

de l'épilepsie, les autres, au contraire, ont des attaques plus légères, plus faibles, moins violentes et qui, cependant, laissent plus de traces dans leur intelligence et dans leur motivité. Ces attaques se reproduisent assez souvent chez le même individu. Lorsqu'un malade a eu une ou deux attaques, il en a ordinairement davantage, il peut en avoir même

de très fréquentes, et pendant très longtemps. Souvent ces malades sont dans un état très grave pendant les attaques congestives et convulsives; on croit à une mort imminente. Les phénomènes congestifs sont excessifs; il y a de la fièvre, des sueurs, une perte complète de connaissance, quelquefois, pendant vingt quatre heures, le malade n'a aucune connaissance du

du monde extérieur ; la respiration
s'embarrasse, tous les phénomènes
les plus graves surviennent. On
croit le malade à l'agonie, quel-
quefois on le croit mort ...; tout-
à-coup, il se réveille, il revient
à la vie et il recommence son
existence antérieure. On voit
souvent des malades laissés
mourant le matin et dans
la journée, et qui, le lende-

main circulent dans la cour comme à l'ordinaire, viennent vous aborder et vous parlent, et sont quelquefois mieux qu'avant l'attaque. Cependant, ordinairement ces attaques laissent une trace assez profonde dans l'intelligence et dans le physique de ces malades, et la maladie progresse par soubresauts, par attaques, par saccades progresse d'une

manière définitive et très évidente. Au bout d'un certain temps, ces attaques convulsives ont attiré l'attention des observateurs, et on a cherché à employer contre elles des moyens variés, mais généralement les moyens thérapeutiques n'ont pas beaucoup d'action sur cet état et la maladie disparaît par elle-même à la

suite d'un séjour au lit de quelques heures ou de quelques jours. Les attaques congestives et convulsives aggravent ordinairement considérablement la paralysie générale qui passe ainsi, au physique, d'un état de paralysie très légère à une paralysie de plus en plus prononcée, soit dans la parole soit dans les membres supérieurs et inférieurs, à l'incontinence des urines; et,

dans le moral, à une démence
de plus en plus intense et de
plus en plus caractérisée, mais
qui passe par soubresauts, d'
une manière inégale, par os-
cillations, et non pas d'une
manière régulièrement progres-
sive, comme on le croyait au-
trefois.
On décrivait autrefois la pa-
ralysie générale comme une
maladie absolument progres-

sive dans sa marche vers la démence et la paralysie et vers la mort. Eh bien, plus on a observé ces malades, plus on a constaté qu'au contraire rien n'est irrégulier comme la marche de la paralysie générale. On voit des malades arrivés à une période très avancée, que l'on considère comme voisins de la mort et qui rétrogradent, qui arrivent à

des périodes relativement beaucoup plus satisfaisantes, qui récupèrent une partie de leurs facultés intellectuelles, et leurs mouvements reprennent la liberté la facilité. Il y a des oscillations nombreuses dans la marche de la paralysie générale; elle n'est pas toujours régulièrement progressive, comme on le croyait autrefois.

Quoiqu'il en soit, en envisa-

geant la maladie à longue échéance, en comparant, par exemple, un malade, à ce qu'il était l'année précédente, on trouve une augmentation, une aggravation très notable dans l'état de démence et dans l'état de paralysie. Le malade ne se ressemble plus à lui-même à un an de distance, même dans les cas où la maladie est

la plus lente dans son évolu-
tion. Cette maladie a une
durée assez variable. On croyait
autrefois qu'elle ne durait pas
plus de six mois à un an.
Depuis, on est arrivé à l'idée
qu'elle pouvait durer trois ans.
Enfin, aujourd'hui, on a étendu
encore plus la durée moyenne
de la maladie et on cite des
exemples de durée extrêmement
prolongée, six ans, huit ans,

et même jusqu'à vingt ans, dans quelques cas très rares et très exceptionnels. La maladie est donc beaucoup plus lente dans son cours qu'on le croyait lorsqu'on l'a décrite pour la première fois, et elle est lente non seulement parce qu'il existe souvent des rémissions qui font rétrograder la maladie, mais parceque, même dans la période chronique la plus

avancée, elle peut rester dans
l'état stationnaire. Elle est
longue enfin, parcequ'il faut
tenir compte, dans la durée
totale de toute la maladie,
de toute la période prodromi-
que qui n'y figurait pas
autrefois et dont on ne tenait
aucun compte dans l'appré-
ciation de la durée de l'af-
fection. Le délire des gran-
deurs subsiste souvent jus-

qu'à la fin de la maladie ; mais dans beaucoup de cas, il disparaît, et l'on ne constate que la démence simple, que la démence incohérente. Il y a donc, sous ce rapport, des diversités très grande au point de vue du délire comme au point de vue de la paralysie. Ce sont ces différences qu'il importe d'étudier avec plus de soin, pour constituer des variétés distinctes depuis le début jusqu'à la ter-

minaison. Parmi ces variétés, celle qui mérite surtout d'attirer votre attention est la différence qui existe entre la paralysie générale chez l'homme et chez ~~l'ho~~ la femme. La paralysie générale est une maladie beaucoup plus fréquente chez l'homme elle est même si rare chez la femme que, dans les classes élevées de la société, on en trouve rarement des exemples; ce n'est

que dans les grandes villes et dans les grands hôpitaux de Paris que l'on constate assez fréquemment la paralysie chez la femme. Mais, dans les campagnes, dans les endroits éloignés des grands centres de population et dans les classes supérieures de la société, la paralysie générale n'existe pour ainsi dire pas chez la femme. C'est un fait d'observation très im-

portant à noter. Quoiqu'il en soit, dans les grandes villes comme à Paris, nous avons un certain nombre de paralytiques femmes. La proportion est beaucoup moins grande que chez l'homme mais elle est encore relativement assez grande. Or, parmi les femmes que nous avons à la Salpêtrière, la majorité présente une forme de débilité simple, de démence simple progressive

progressive, avec idées vagues prononcées de satisfaction, mais sans délire de grandeur très caractérisé, très intense, comme cela existe chez l'homme. Les exemples de délire de grandeur ou d'état maniaque, existent bien chez la femme, mais ils sont beaucoup plus rares que chez l'homme. Chez la femme, en général, lorsqu'elles entrent dans nos asiles, les malades, femmes,

présentent un état d'optimisme général, de satisfaction béate; elles sont heureuses sans savoir pourquoi. Elles vont se marier, elles vont sortir demain, elles ont de beaux vêtements, de belles robes, des robes de soie; elles vont épouser un personnage. C'est là l'extrême limite de leur délire de grandeur. Quelquefois elles ont une fortune considérable, des millions ou des

milliards ; mais, dans la plupart des cas, leur fortune est peu élevée ; elle n'est délirante que par comparaison avec l'état réel de la situation sociale des malades. Par exemple, nous en avons une, dans ce moment, dont l'idée de grandeur et de richesse consiste à avoir un livret de 5 francs à la caisse d'épargne. C'est une exagération puisqu'elle n'a abso-

lument rien. Mais c'est un fait bien minime pour une idée de grandeur. Il y a des degrés divers de ce genre. Il y a des malades qui sont simplement satisfaites, heureuses, contentes de tout, qui ont un beau mari, qui vont épouser un beau garçon, qui vont se marier bientôt, qui ont de belles robes, de beaux vêtements, des robes de soie. Voilà l'ex-

trême limite de leurs idées de grandeur et de leurs idées délirantes.

Ce qui domine dans la paralysie générale de la femme, c'est donc la débilité intellectuelle, la démence simple, démence qui s'accompagne souvent d'agitation automatique, du besoin de se déshabiller, de déchirer, comme dans la paralysie générale plus active, plus maniaque, mais qui n'en est pas moins très inférieure comme

excitation, à l'excitation violente qui existe dans la paralysie gé-nérale chez l'homme. Il y a là une différence, selon le sexe, qui mé-rite beaucoup d'être notée et sur laquelle quelques uns ont insisté avec beaucoup de raison.

Je ne puis, aujourd'hui, dans cette rapide leçon, que vous indiquer très vaguement, très rapidement ces diverses variétés de marche.

Je tenais surtout à vous faire bien remarquer que la paralysie générale n'a pas une marche uniforme ; que tous les cas ne sont pas semblables les uns aux autres ; qu'il y a de nombreuses variétés, et qu'il importe d'étudier avec plus de soin ces variétés là, et des symptômes qui sont le véritable progrès de la science dans l'avenir.

Cette maladie, vous disais-je, a une durée très souvent plus longue qu'on l'imagine ; elle aboutit à la mort, soit par l'évolution naturelle de la maladie, soit par des incidents, par des maladies incidentes. Beaucoup de paralytiques meurent par des pneumonies, des diarrhées dyssentériques, par des accidents, quelques uns par des eschares enfin, et dans un état

de marasme et de cachexie gé-
nérale. Il en est quelques uns
qui, par suite de la paralysie
du pharynx, s'étranglent en
mangeant des morceaux trop gros
qui entrent dans le larynx. C'est
un genre de mort qui existe
quelquefois dans la paralysie
générale. Il est rare que la
mort ait lieu par la marche
naturelle de la maladie qui
s'épuise, à la longue, par sa

durée même. Cependant beaucoup
de morts sont produites par des
attaques congestives et convulsives
qui tiennent évidemment à la
progression de la maladie cérébrale
Mon intention, messieurs, était,
aujourd'hui, d'aborder les au-
tres points de l'histoire de la
maladie ; mais je vois que cela
me sera impossible ; il ne me
sera pas possible de vous par-
ler de l'étiologie, de l'ana

forme pathologique, du diagnostic différentiel, du pronostic et du traitement de la maladie. Je serai donc obligé, malgré moi, de faire une troisième leçon, dimanche prochain, pour compléter cette étude de la paralysie générale.

Mon intention, cette année, a été de donner plus de développements l'année dernière, à la description de quelques formes

et j'ai été ainsi entraîné à faire trois leçons sur la paralysie générale au lieu de 2.

Dans les leçons suivantes, j'étudierai les variétés de la mélancolie, le délire de persécution et, plus tard, les diverses variétés de folie héréditaire.

Dans la prochaine leçon, j'étudierai donc les divers points de l'histoire de la paralysie générale que je n'ai pu aborder aujourd'hui.

---

29 Novembre 1885

Messieurs,

Dans la dernière séance, je n'ai pas pu terminer l'histoire de la paralysie générale.
Je m'étais proposé de chercher à la faire en deux leçons, mais cela m'a été impossible. Il me reste, aujourd'hui, à vous par-

ler de l'étiologie, de l'anatomie pathologique du diagnostic différentiel, la marche, le pronostic et le traitement de la paralysie générale.

Comme je vous l'ai dit dans une des séances précédentes, cette maladie est une maladie tout à fait spéciale, intermédiaire entre les diverses affections cérébrales connues et les diverses variétés de la folie

C'est une maladie qui est suscep-
tible d'une description depuis
ses débuts jusqu'à sa terminaison.
Elle comprend, il est vrai, des variétés
assez nombreuses sur lesquelles j'ai
cherché a appelér votre attention
soit dans ses débuts où ces variétés
sont surtout très caractérisés, soit
même pendant toute sa durée jus-
qu'à la mort des malades. Le
progrès de la science consistera,
selon moi, à étudier plus exac-

tement et avec plus de précision encore, ces variétés, et à établir ensuite des variétés dans l'espèce, mais je ne crois pas que l'étude de ces variétés arrive jusqu'au point de détruire l'unité morbide, je crois que l'espèce paralysie générale créée par nos maîtres, nos devanciers, sera maintenue dans la science, mais qu'elle sera complétée par l'étude des variétés spéciales qui mériteront

une description particulière dis-tincte les unes des autres. Cependant, dans l'état actuel de nos connaissances, on peut encore conserver l'unité de la forme telle que j'ai cherché à vous la décrire dans les deux précédentes séances. C'est pourquoi il est possible d'établir son étiologie, son anatomie pathologique et son diagnostic différentiel. C'est ce que je vais chercher à faire

aujourd'hui.

L'étiologie, dans toutes les maladies, est la partie la plus obscure de la pathologie. Il en est de même pour la folie, comme pour toutes les affections de l'organisme. Pour la folie, on a étudié l'étiologie en général, et elle ne peut être que très vague, très indéterminée, puisqu'elle s'applique à des formes extrêmement variées de mala-

dies mentales. En effet, il n'y a pas une seule folie, une seule aliénation mentale, mais il y a des espèces différentes de folie. C'est donc tout à fait l'enfance de l'art que de faire l'étiologie d'une maladie qui comprend des espèces aussi différentes. Pour la paralysie générale, cette étiologie peut être plus précisée. Au lieu de se borner, comme pour la

folie, à l'étude des causes occasionnelles, causes physiques, causes morales, et de faire intervenir, parmi ces causes, comme on fait encore aujourd'hui dans les statistiques les chagrins domestiques, l'amour contrarié, les émotions morales, vives, rapides, au lieu de faire intervenir une étiologie aussi vague, nous pouvons, dans la paralysie générale, arriver à plus de

précision. Et d'abord, l'hérédité, l'hérédité qui est la cause principale de toutes les folies, la cause fondamentale de toutes les ~~folies~~ espèces de folie, joue un rôle un peu moins important dans la paralysie générale. Comme je vous l'ai dit dans une précédente séance, on peut diviser en trois catégories les paralytiques généraux au point de vue de l'hérédité ; ceux qui ont réelle-

ment une hérédité vésanique, c'es
à dire les ascendants, ont présen
des formes diverses de folie, de
maladies mentales (ce sont les
moins nombreux ;) ceux qui
ont une hérédité congestive ;
c'est à dire dont les ascendant
ont présenté des maladies con
gestives du cerveau congestions
cérébrales, apoplexies, ramolli
ssements, maladies variées, orga

niques du cerveau ; ceux-ci sont assez nombreux. Comme M. Lunier, M. Baillarger et d'autres auteurs ont cherché à le démontrer, l'hérédité congestive est fréquente dans la paralysie générale et l'on trouve plutôt des apoplectiques et des individus atteints de ramollissement cérébral dans les ascendants des paralytiques, que des aliénés véritables proprement dits.

Cependant, il y a un certain nombre de paralytiques qui ont une hérédité vésanique et ceux-là, ainsi qu'ont cherché à le démontrer dans leur Thèse, M. d'Outrebande et M. Lionnet, ces malades ont en général, dans la marche de la maladie, des différences assez caractéristiques. La paralysie générale, quand elle

survient chez des héréditaires, présente ordinairement une plus longue durée, une marche plus irrégulière et des rémissions plus fréquentes. De sorte que, par la marche même de la paralysie générale, on peut souvent deviner son origine héréditaire vésanique.

Quoiqu'il en soit, la majorité des paralytiques généraux que nous observons aujourd'hui peut être considé-

rée comme s'étant créée sous nos yeux, comme ayant une origine accidentelle ou individu[elle]. Chez beaucoup de paralytiques généraux, on ne peut pas trou[ver] d'ascendants ayant eu des affections cérébrales. On assiste donc à la création de la paralysie générale comme on assiste quelquefois à la création de la phthisie tuber-culeuse.

La paralysie générale se produit dans des conditions spéciales. Il y a des causes particulières. Ces causes peuvent toutes se résumer d'un seul mot général: déperdition exagérée de force nerveuse. C'est un mot très vrai qu'il importe de préciser davantage. C'est à la suite d'une fatigue cérébrale excessive, d'études et de veilles prolongées et incessantes

ou à la suite d'excès de femmes, excès de boissons, que survient le plus souvent la paralysie générale, chez les homm[es] comme chez les femmes. Il y a un ensemble de causes qui tiennent au mode d'existence des individus ; une vie aventu[reu]reuse extrêmement mouvemen[ta]tée, une vie fébrile dans laquelle l'activité de toutes les fonctions cérébrales est excéd[ée]

qui dépasse la limite des forces de l'individu. Telle est la cause habituelle de la plupart des paralysies générales que nous observons. Je dis : qui dépasse la limite individuelle. C'est là où est le point difficile. Il y a des personnes qui font des excès considérables, des excès dépassant tout à fait la mesure, qui, cependant, ne deviennent pas paralytiques ; il y en a d'autres

qui, avec des excès moindres, le deviennent. Cela tient à la résistance individuelle, à la force personnelle que l'on ne peut pas mesurer. Mais, quoiqu'il en soit, la plupart des paralytiques deviennent aliénés et paralytiques à la suite d'excès très nombreux, de fatigue cérébrale, soit par des veilles prolongées, des insomnies, soit par un travail excessif, soit par excès de bois.

son, de femmes ou de toute autre nature.

La paralysie générale est donc due à une déperdition excessive de force nerveuse cérébrale. Un autre élément important à signaler, c'est l'élément congestif. M. Baillarger, M. Lunier et beaucoup d'autres auteurs ont appelé l'attention sur cet élément principal dans l'étiologie de la paralysie générale. Cette maladie

étant considéré comme essentiel-
lement congestive, il est natu-
rel que toutes les causes qui dé-
terminent la congestion du sang
vers le cerveau puissent détermi-
ner la paralysie générale. M.
Baillarger a fait, à cet égard,
des recherches nombreuses; il
est arrivé à conclure que tou-
tes les professions dans lesquel-
on est exposé à un feu très
vif, à une chaleur excessive,

ou à des causes de congestion va-
riées, peuvent donner lieu à la
paralysie générale ; par exemple,
les cuisiniers, les serruriers, les
chauffeurs, les mécaniciens qui
voyagent sur une machine, sur
une locomotive, tous ceux qui
sont exposés à un feu très vif
et à des causes de congestion
cérébrale, sont prédisposés à la
paralysie générale. Il en est
de même de certaines maladies,

comme l'érysipèle du cuir che-
velu, comme la suppression des
hémorrhoïdes ou de la menstrua-
tion, toutes causes qui détermin[ent]
l'afflux du sang vers le cerveau[.]
M. Baillarger, entre autres, a
appelé l'attention des observa-
teurs sur quelques causes va-
riées qui déterminent la conges-
tion et, par conséquent, la
paralysie générale, qui n'est
qu'une maladie congestive

Un fait sur lequel il importe beaucoup d'attirer l'attention, c'est la question qui est aujourd'hui discutée dans toute l'Europe, c'est l'influence de la syphilis sur la paralysie générale. Il est un certain nombre de paralytiques qui ont eu la syphilis, il y en a même beaucoup; ceci tient aux excès auxquels ils se sont livrés, à la contagion

à laquelle ils se sont exposés.
Mais y a-t-il une relation nécessaire, évidente, entre la syphilis et la paralysie générale? La plupart des médecins étrangers, Allemands, Danois, Suédois, Russes, etc, admettent aujourd'hui que la paralysie générale est toujours d'origine syphilitique.
On a tellement exagéré cette hypothèse, qu'elle dépasse toute mesure, qu'elle dépasse évidem-

ment les limites de la vérité. Il en est de la paralysie générale comme l'ataxie locomotrice ; aujourd'hui on est très disposé à l'attribuer à la syphilis. Or, certainement, il y a un certain nombre de cas syphilitiques, mais ce n'est pas tous les cas d'ataxie locomotrice.

~~Dernièrement~~ Récemment, un mémoire très intéressant a été couronné à l'académie de médecine rédigé par M. Calais, et ce mémoire a

eu pour but de démontrer que l'ataxie locomotrice était bien plus souvent due à l'hérédité nerveuse qu'à la syphilis elle-même. Il en est de même de la paralysie générale. La syphilis peut bien être cause, dans quelques cas, de la paralysie générale, mais, la plupart du temps, elle n'a pas de rapport avec la production de la ma-

ladie. Il y a des paralytiques qui ont des symptômes syphilitiques, mais la paralysie générale n'est pas une maladie d'origine syphilitique. Tous les jours, dans les consultations, cette question se présente, ~~et~~ les médecins conseillent l'iodure de potassium, avec l'espoir de faire avorter la maladie, de l'enrayer dans sa marche

Presque toujours, l'iodure de potassium prolongé pendant très longtemps ne produit aucun résultat et la maladie suit son cours, quel que soit l'emploi des médicaments administrés. Je crois donc qu'il faut écarter généralement la syphilis comme cause de la paralysie générale. C'est un symptôme accidentel, mais ce n'est pas la cause

véritable de la maladie.

Après ces quelques généralités sur l'étiologie, il importe d'insister sur certaines circonstances également étiologiques qui sont très importantes à signaler ; d'abord la question de l'âge.

La paralysie générale est une maladie de l'âge adulte ; elle n'existe pas dans l'enfance ni dans l'adolescence ; on ne l'observe guère avant 25 ans

et il est très rare de l'observer entre 25 et 30 ans. On a bien cité quelques exemples sont contestables et ils méritent une nouvelle confirmation. De 25 à 30 ans, la paralysie générale existe, mais elle est très rare, ce n'est qu'à partir de la 30me année qu'elle commence à être fréquente ; de 30 à 45, ces 15 années, c'est la moyenne habituelle

de la production de la paralysie générale ; presque tous les paralytiques que nous observons ont cet âge : 30 à 45. M. Baillarger avait fixé, comme moyenne de l'âge des paralytiques, l'âge de 43 ans, ce qui indiquerait une production de paralytiques plus grande après 45 ans. Mais je crois que c'est là une erreur basée sur le dia-

gnostic différentiel. M. Baillarger admettait comme cas de paralysie générale, un certain nombre de maladies cérébrales qui se produisent plus tard dans la vie: le ramollissement, l'hydrocéphale, des tumeurs cérébrales, des apoplexies et des congestions, toutes maladies qui arrivent à un âge plus avancé et qui ont fait varier

la moyenne de l'âge de la paralysie générale. Mais, quand on établit un diagnostic différentiel plus précis comme celui que je vous indiquais tout à l'heure, on arrive à diminuer l'âge moyen de la paralysie générale.

Tout le monde sait que la paralysie générale est une maladie qui se produit surtout chez l'homme. Pendant longtemps on a cru qu'elle ne se produisait pas chez la

femme. En effet, dans beaucoup de conditions sociales, on en rencontre à peine chez les femmes; ainsi, dans les classes élevées de la société, la paralysie générale est très rare chez les femmes; c'est à peine si on en trouve quelques unes, par hasard, dans les maisons de santé consacrées aux malades du sexe, et encore, quand on en découvre dans ces

conditions, ce sont des malades qui ont eu une vie particulière, une vie irrégulière, une vie d'excès analogue à celles des femmes des basses classes. A la Salpêtrière, à Ste Anne, et dans les grandes villes, on trouve des paralytiques chez les femmes. Leur nombre est beaucoup moins grand que chez les hommes, mais il y en a certainement. C'est dans les grandes villes,

dans des conditions spéciales de vie active, de vie fébrile, d'irrégularités d'existence, d'excès nombreux, que la paralysie générale se produit chez l'homme comme chez la femme, et chez la femme comme chez l'homme. On observe en effet, ici, à la Salpêtrière, que la plupart des femmes paralytiques sont ou des filles publiques, ou des fem-

mes entretenues, ou des femmes ayant mené une vie très irrégulière. C'est une loi générale. On observe surtout la paralysie générale chez les militaires, chez les artistes, les littérateurs, chez les personnes qui ont mené une vie très irrégulière, très active au point de vue cérébral, et souvent avec des excès nombreux et variés.

Ce qui est vrai du sexe

C'est également des grandes villes. La paralysie générale est une maladie des grandes villes : à Paris, à Londres, à Berlin, à Vienne, dans toutes les villes considérables, il y a un grand nombre de paraly-tiques généraux, tandis qu'il y en a très peu et quelques fois pas du tout dans les campagnes ; plus une popula-

-tion est agricole, plus elle a une vie différente de celles des grandes villes, moins il y a de paralytiques généraux. En France, on observe ce fait d'une façon très saillante. Dans les asiles d'aliénés, qui reçoivent des malades venant principalement des populations agricoles, il n'y a presque pas de paralytiques généraux. Dans les grandes

villes, au contraire, le nombre des paralytiques augmente en proportion en quelque sorte de l'importance de la ville. Plus une ville est grande, plus il y a de paralytiques géné_raux, proportionnellement au nombre des autres aliénés. On a cherché si les paraly-ties générales étaient plus fréquentes dans les pays du

midi que dans les pays du nord. Esquirol avait soutenu qu'il y avait très peu de paralysies générales dans le midi, par exemple, en Portugal, en Espagne, en Italie, mais cette proportion constatée par Esquirol a beaucoup diminuée aujourd'hui, depuis que la paralysie générale est mieux connue des médecins des différents pays. On ne peut donc pas établir

aujourd'hui, d'une manière certaine, la prédominance des paralysies générales dans le nord plutôt que dans le midi. Cette question est réservée et reste encore à l'étude. Vous voyez, Messieurs, par cet aperçu très rapide, que l'on peut, dès aujourd'hui, constituer une étiologie spéciale pour la paralysie générale. Ce n'est pas l'étiologie de toutes les autres

variétés, de toutes les autres formes de la folie : d'une part l'élément congestif, de l'autre, l'élément des excès et de la déperdition considérable des forces nerveuses ; enfin, troisièmement, le sexe, l'âge et la situation dans les grandes villes sont des éléments très importants, dans l'étiologie de la paralysie générale, et qui la différencient de l'étiolo-

gie des autres formes de la folie.

Après ces quelques généralités sur l'étiologie, j'arrive à l'anatomie pathologique. Cette partie de l'histoire de la maladie mériterait, à elle seule, toute une leçon. L'anatomie pathologique de la paralysie générale a été très étudiée d'abord en France puis dans les autres pays;

en Allemagne surtout, on est arrivé sous ce rapport, à des données très précises et très positives qu'on ne peut pas contester.

On a bien dit que les lésions trouvées chez les paralytiques généraux n'étaient pas constantes, qu'il y avait des paralytiques généraux chez lesquels on ne trouvait pas de lésions à l'au-

topsie, ce qui est très rare.
On a ajouté que ces lésions, constatées chez les paralytiques généraux, pouvaient être découvertes également dans d'autres conditions, chez les alcooliques, chez les déments, chez des vieillards, chez des malades qui n'avaient pas présenté, pendant leur vie, des symptômes physiques ou moraux de la

paralysie générale. Ceci tient à
l'étude incomplète que l'on a
faite de ces lésions. Il est cer-
tain que quelques unes de ces
lésions peuvent se rencontrer dans
les conditions que je viens d'in-
diquer, mais leur réunion, leur
totalité est propre à la para-
lysie générale. Il y a donc
une anatomie pathologique
spéciale en rapport avec les

symptômes ~~éprouvés~~ observés pendant la vie des paralytiques. Il faut diviser cette étude en deux parties : l'étude à l'œil nu et l'étude au microscope. Tous les auteurs qui ont décrit les premiers, la paralysie générale, pendant 40 ans, n'ont étudié qu'au point de vue des lésions visibles à l'œil nu. Mais, depuis une vingtai-

d'années, le microscope a été employé avec beaucoup d'attention, et avec succès dans l'étude des lésions anatomiques de la paralysie générale. Bayle et Calmel qui, les premiers, ont publié des ouvrages sur la paralysie générale, avaient étudié la lésion au point de vue de l'œil nu, aussi complètement que possible.

Les lésions peuvent se diviser en plusieurs périodes : la première période est une hypérémie conges-tive, les lésions consistent surtout dans des hypérémies des ménin-ges de la surface du cerveau, dans des lésions de nature con-gestive : la dure-mère est épais-sie ; il y a des secrétions pseu-do-membraneuses ; il y a adhé-rence de la dure-mère avec

le crâne et avec les membranes sous-jacentes ; l'arachnoïde est épaissie et souvent opaque, la pie-mère presque vasculeuse ; les méninges sont injectées, remplies de sérosité ; il y a souvent, à l'autopsie des paralytiques généraux, comme une couche gélatineuse à la surface du cerveau avant d'avoir enlevé les méninges ; le caractère le

plus important, c'est l'adhérence des méninges avec la substance cérébrale corticale. C'est un fait presque constant. Un fait plus constant, c'est le ramollissement superficiel de la couche corticale du cerveau. Monsieur Parchappe a surtout insisté sur ce fait. Il avait donné à la maladie le nom de cérébrite corticale, ayant

ayant étudié la substance corti-
cale du cerveau au point de
vue normal, physiologique, il
avait admis plusieurs couches
pour la substance corticale, et
c'est la couche moyenne qui
était surtout ramollie, suivant
lui, dans la paralysie générale.

Quoiqu'il en soit, le fait
principal est celui-ci : c'est
qu'en arrachant les méninges,

soit avec une pince, soit avec les doigts, on arrive à enlever des portions plus ou moins étendues de substance corticale, à décortiquer le cerveau surtout avec les lobes antérieurs. C'est surtout les lobes antérieurs du cerveau qui sont remarquables à ce point de vue-là. Il y a donc là une règle fondamentale, prédominante

le ramollissement de la couche corticale du cerveau, de la substance des méninges. Un autre élément qui arrive ordinairement plus tard, c'est l'induration de la substance blanche. M. Foville et M. ~~Duret~~ Delaye, dès l'origine, avait attiré l'attention sur ce fait et en avaient fait la chose principale de la maladie. Depuis

lors, M. Baillarger a étudié, à certains points de vue, cette sclérose de la substance blanche. Il a démontré qu'il était facile de rendre sensible cette lésion en enlevant, en grattant, chez les paralytiques avancés, la partie superficielle du cerveau, en enlevant la substance grise ramollie, et l'on découvre dessous la substance blanche

indurée se présentant sous forme de crête sur laquelle M. Baillarger et M. Regnard ont appelé l'attention dans des travaux spéciaux. Quelles sont les lésions principales ? Lorsqu'on pénètre dans l'intérieur du cerveau, ordinairement, on ne découvre aucun foyer ni apoplectique ni autre, aucune lésion locale du cerveau ; seulement

on arrive dans les ventricules, on trouve un épanchement considérable de sérosité et une lésion particulière de la membrane du ventricule qui est chagrinée, couverte de granulations. C'est un fait fort important. Le docteur Jouarre a même considéré a fait comme la lésion principale de la paralysie

générale, tant il est constant. Dans les autres parties du cerveau ordinairement, on ne découvre aucune lésion appréciable autre que la congestion, l'hypérémie des méninges sur toute la surface et même sur la surface inférieure de l'encéphale. Telles sont, en résumé, sous une forme très rapide, les

lésions découvertes à l'œil nu chez les paralytiques généraux. Mais l'étude microscopique a fait faire de grands progrès, et on est arrivé, surtout en Allemagne, dans ces derniers temps, à des résultats très importants. M. Magnan, en France, a surtout appelé l'attention sur ces lésions microscopiques du cerveau

dans sa thèse d'abord, dans divers mémoires ensuite, il est arrivé à démontrer qu'il existait, dans la paralysie, une protubérance évidente de la substance cérébrale, substance grise et substance blanche surtout. Il a étudié cet état anatomique d'abord dans la moelle chez les paralytiques qui présentent

des lésions médullaires au début de la paralysie générale, comme je l'ai indiqué dans une précédente leçon. A la même époque, le docteur Wesphalt, de Berlin, A la même époque, le docteur Wesphalt, de Berlin, faisait des études de même ordre, et arrivait au même résultat.

On est arrivé d'abord à démontrer qu'il existe, dans le

cerveau, à l'état normal, une névromite du tissu interstitiel semblable à celui qui existe dans d'autres organes, dans le foie, dans le rein, etc. Ensuite on est arrivé à appliquer au cerveau des données acquises par les autres organes, dans l'étude des cirrhoses et des néphrites albumineuses ou autres. M. Magnan a étudié avec

le plus grand soin ces lésions et il faut retenir les travaux qui ont été publiés à cet égard. Je ne puis que les indiquer sous une forme sommaire. Cette sclérose a une double base : Tantôt elle débute par la moelle et remonte vers le cerveau ; tantôt, au contraire, ce qui est plus fréquent, elle part du cerveau pour redescendre dans la moelle

Mais, dans les deux cas, il y a des points où la substance n'est pas atteinte, dans la sclérose, d'une façon évidente, incontestable. On admet donc aujourd'hui trois périodes dans l'évolution organique de la paralysie générale une première période : l'hypérémie des méninges et de la surface du cerveau, surtout

Mais, dans les deux cas, il y a des points où la substance n'est pas atteinte, dans la sclérose, d'une façon évidente, incontestable. On admet donc aujourd'hui trois périodes dans l'évolution organique de la paralysie générale une première période : l'hypérémie des méninges et de la surface du cerveau. 2° période

sclérose ou induration de la subs-
tance blanche dans l'intérieur même
du cerveau, surtout des lobes
inférieurs, et enfin 3me période,
atrophie progressive de la subs-
tance cérébrale, soit de la subs-
tance blanche qui s'indure, soit
surtout de la substance grise
qui, après s'être ramollie, dis-
paraît peu à peu et finit par
disparaître complètement. Il

Il y a, en effet, chez les paralytiques qui ont vécu très longtemps et qui ont eu des symptômes de démence et de paralysie très prolongée, il y a souvent presque absence de la substance grise corticale, ou, du moins, elle est tellement amincie qu'il est difficile d'en démontrer l'existence.

Il y a donc atrophie progres-

tine de la substance cérébrale qui, plus tard, se transforme en graisse, comme dans les lésions qui ont été étudiées à propos de la cirrhose et des néphrites, lésions sur lesquelles je n'ai pas à insister ici. Je voulais appeler votre attention sur les indications fournies soit par l'étude macroscopique, soit par l'étude microscopique, pour arriver à

démontrer qu'il y a un ensem-
ble de lésions constantes et
très caractéristiques dans la
paralysie générale, que, par
conséquent, cette maladie repose
non-seulement sur l'étude des
symptômes physiques, de symp-
tômes psychiques, mais sur
l'étude des lésions anatomi-
ques. Il y a donc là une
base très solide pour établir

l'existence de la maladie comme affection spéciale, distincte.

J'arrive maintenant au point qui me paraît le plus important, c'est à dire au diagnostic différentiel de la paralysie générale.

Pour établir ce diagnostic il faut d'abord bien poser en principe en quoi consiste la paralysie dans cette maladie.

Le mot de paralysie générale est un mot impropre, qui ne désigne pas bien la nature de la lésion des organes; c'est plutôt ~~dans~~ l'ataxie que de la paralysie. Il est, en effet, étrange, d'entendre appeler paralytiques des malades que l'on rencontre dans les cours des asiles d'aliénés, qui sont agités, violents, qui remuent

en tous sens et qui ont souvent une force exagérée, et c'est souvent provoquer le rire et l'ironie de l'assistance que de donner le nom de paralytiques à de pareils malades. Ceci tient à la manière dont on a étudié la maladie dès le début. On a étudié à reculons les dernières périodes dans lesquelles la paralysie

était très prononcée, mais on
n'a pas fait assez d'atten-
tion aux périodes primitives
dans lesquelles cette paraly-
sie est à l'état à peine
perceptible, très peu sensible,
et consiste plutôt dans l'irré-
gularité, l'ataxie des mouve-
ments que dans une paralysie
véritable. Pour établir le dia-
gnostic différentiel, il faut

donc tenir compte de ce fait principal que la paralysie générale n'est pas une paralysie, que c'est une ataxie, une irrégularité des mouvements ; il y a des symptomes de tremblement, des symptômes d'incertitude des mouvements plus que de véritable paralysie Les caractères de la paralysie générale ont été résumés ainsi : elle est générale ou généralisée

c'est à dire qu'elle s'applique à tous les organes en même temps. J'appellerai votre attention d'une manière particulière sur quelques uns. Elle est incomplète jusqu'à la mort, jusqu'à la mort les malades continuent à marcher et lorsqu'ils sont immobilisés ils peuvent encore remuer les bras et les jambes, soit

quand ils sont assis sur un fauteuil, soit dans leur lit: la paralysie reste donc incomplète jusqu'à la mort. D'un autre côté, elle est progressive en intensité et non en étendue; elle n'est pas progressive sous une forme ascendante ou descendante, comme dans les maladies de la moëlle, elle est progressive partout en intensité

elle augmente d'intensité, mais elle ne progresse pas en étendue. Enfin, 4me caractère, elle présente surtout un embarras manifeste de la parole qui est prédominant dans les premières périodes, c'est l'embarras de la parole qui est le signe caractéristique de la paralysie générale, c'es[t] un embarras de la parole

tout à fait spécial, qui ne consiste pas dans un véritable bégaiement, qui n'est pas suspensif ou suppressif de la parole, comme dans certaines affections du cerveau, mais il y a un trouble spécial de l'articulation des sons. Les malades, au début, ont un peu de tremblement dans les lèvres, dans les muscles de la face,

la langue est agitée d'un tremblement vermiculaire à peine sensible, mais cela est suffisant pour déterminer une gêne dans l'émission des mots ; il y a des suspensions de syllabes, des temps d'arrêt, des suspensions très courtes dans l'émission d'un mot ou d'une syllabe, et c'est à ce signe très peu sensible

que l'on constate d'abord l'exis_tence de la paralysie générale. Quelquefois, il est difficile de l'apprécier directement; il faut faire parler le malade avec volubilité, il faut le faire lire à haute voix, il faut employer des moyens variés pour provoquer cet embarras de la parole. Ainsi, il faut chercher certains mots qui

sont difficiles à prononcer, pour les faire articuler au malade et constater alors indirectement l'embarras de la parole ; ainsi le mot : artilleur, de l'artillerie, qu'on a choisi spécialement pour faire prononcer au malade, et qu'il ne peut pas prononcer ; il y a un certain nombre de mots dont on a fait choix, et qui servent à

diagnostiquer l'embarras de la parole, alors même qu'il n'est pas sensible à première vue. Cela nous prouve combien c'est peu de chose, combien cet embarras de la parole est peu marqué au début de la ma_ladie, ce qui est tout diffé_rent des autres affections céré_brales. D'un autre côté, dans

la paralysie générale, il y a
rarement hémiplégie. Lorsque
l'hémiplégie existe, elle n'est
jamais exacte, au moins ja-
mais complète d'une manière
durable; la paralysie est gén-
éralisée, elle n'est pas loca-
lisée.

Il y a souvent de l'anesthé-
sie ou de l'hyperesthésie, m[ais]
ces deux symptômes sont

beaucoup moins prononcées que dans d'autres maladies céré_brales ou nerveuses. Enfin un fait important à signaler dans le diagnostic différentiel, c'est le fait de la lésion des sens. L'amaurose, la sur_dité, la suppression de l'odo-rat, la suppression des sens, l'altération des nerfs crâniens, n'existent presque jamais

dans la paralysie générale.
Il y a bien quelques exemples
des lésions du moteur oculaire
commun dans la première pé-
riode, mais ce sont des exem-
ples qui se rattachent à un
mélange d'ataxie locomotrice
ou à des paralysies géné-
rales d'origine syphilitique.
Ce sont des cas exceptionnels
et, en général, quand on

découvre une lésion des sens, soit une amaurose, soit une lésion du nerf acoustique ou des autres nerfs crâniens ; il y a de grandes chances pour avoir affaire à une maladie cérébrale autre que la paralysie générale.
Voilà les points de repère généraux du diagnostic différentiel. Mais cela ne suffit pas ; il faut parcourir rapi-

dement les différentes affections cérébrales qui peuvent être confondues avec celle-là. La première, c'est la congestion cérébrale ou l'apoplexie, l'hémorragie cérébrale. Il suffit d'observer un malade atteint de cette maladie pour constater immédiatement la différence qui existe entre elle et la paralysie générale

des asiles d'aliénés. L'hémorragie cérébrale se produit après quelques prodromes peu importants sous une forme subite, après une attaque à la suite de laquelle le malade, après avoir perdu connaissance, reprend peu à peu connaissance, revient à lui, mais avec une hémiplégie très caractérisée, un embarras de la parole prononcé. Cela peut être

temporaire, cela peut disparaître, mais l'hémiplégie est très importante, très caractérisée et diffère, par conséquent, de celles qu'on a pu constater à la suite des congestions de la paralysie générale. D'autre part, lorsque la maladie continue, lorsqu'il y a eu plus attaques, lorsque la maladie tourne à la démence, cette démence a des ca-

caractères particuliers. Elle porte surtout sur la faiblesse intellectuelle générale, sur la mémoire des mots ; elle s'accompagne d'aphasie, avec tous les troubles particuliers de la parole. Elle est, en un mot, très différente de la démence paralytique, et, quand on a suivi beaucoup d'aliénés paralytiques, dans les Asiles, on trouve une dif-

énorme entre la marche de la maladie et celle des apoplectiques des déments apoplectiques. Chez les déments apoplectiques, la démence reste stationnaire pendant des années au même degré ; elle n'augmente presque pas, ou, si elle augmente, c'est avec une extrême lenteur, d'une manière continue et régulière. Il n'y a pas ces sus-

pensions, ces inégalités dans la marche, qui sont le signe caractéristique de la paralysie générale. D'un autre côté, la maladie dure souvent plus longtemps, et l'on voit d'anciens apoplectiques, à la Salpêtrière, qui pendant dix ans, vingt ans, sont dans un état de démence apoplectique, sans aucun des symptômes habi-

-tuels de la paralysie générale.
Il y a donc des différences
considérables dans la sympto-
malogie entre ces deux mala-
dies. Il en est de même du
ramollissement général. On
a réuni, souvent, sous ce nom
des maladies diverses qui,
toutes, ont pour caractère
un affaiblissement intellectuel
un affaiblissement de l'intel-

ligence, avec des troubles des sens, de la vue, de l'odorat, avec des hémiplégies considérables, avec des attaques d'apoplexie, des attaques convulsives répétées, avec une démence très prononcée; un état d'inertie physique et intellectuelle qui ne ressemble en rien à l'état de la paralysie générale, avec son délire des grandeurs,

avec son délire mélancolique, avec son inégalité de marche, avec tous les symptômes que j'ai signalés.

D'un autre côté, le ramollissement a une marche progressive, mais c'est au bout de quelques mois, d'une année, que les malades meurent, beaucoup plus rapidement, et avec des symp-

tômes cérébraux plus aigus que dans la paralysie générale, avec des convulsions, avec des symp-tômes méningitiques ou des symptômes indiquant l'inflam-mation cérébrale très caractérisée. Il y a un ensemble de faits qui distinguent la marche et la symptomalogie du ramollis-sement du cerveau et de la paralysie générale, qui, ordinai-

rement ne permettent pas la
confusion. A plus forte raison
en est-il de même des mala-
des atteints de tumeurs cérébra-
syphilitiques cancéreuses ou
autres. Ces malades pendant
longtemps n'ont pas de trouble
intellectuel; ils ont des maux
de tête très violents, des céph-
lalgies, des vomissements, des
attaques épileptiformes, des

hémiplégies très marquées, des symptômes physiques prédominants, peu d'altération intellectuelle, excepté pendant les dernières périodes, ce qui n'est pas la marche de la paralysie générale, telle que nous la connaissons. Les mêmes faits, les mêmes réflexions s'appliquent aux maladies médullaires qui commencent par

la paraplégie, avec de l'in-
continence des urines, par la
paralysie des membres inférieurs
et souvent, les parties supé-
rieures du corps ne sont pas
atteintes, il n'y a pas de
troubles cérébraux. Plus
tard, la maladie est ascen-
dante; il peut survenir des
troubles cérébraux, mais ils
ne sont jamais prédominants
et principaux, et ne ressem-

blent en rien à ceux de la paralysie générale. Il n'y a donc là de confusion possible que pour les cas exceptionnels dont je vous ai parlé, de paralysie générale à début médullaire. Dans ces cas, le diagnostic peut devenir difficile.

Mais, plus tard, quand la maladie est caractérisée, aussitôt que les phénomènes

cérébraux deviennent prédominants les phénomènes médullaires semblent disparaître, ou du moins diminuent d'une façon très notable. Il y a alors un élément un diagnostic à posteriori, mais un diagnostic parfaitement facile à cette époque de la maladie. La confusion ne peut donc exister que dans les débuts.

Les maladies qui sont les

plus faciles à confondre avec la paralysie générale, sont les diverses intoxications (Dans ces cas la confusion est possible) les intoxications alcooliques et d'abord, les intoxications saturnines, mercurielles, par le sulfure de carbone, par le phosphore, par l'arsenic. Certainement on a cité des exemples d'intoxications chroniques, dans les di-

vers cas, qui se rapprochent beau-
coup de la paralysie générale ;
mais elles en diffèrent toujours
par les mêmes symptômes, à
savoir que la paralysie est
beaucoup plus prononcée, qu'elle
est localisée dans certains points
comme pour les intoxications sa-
turnines, dans les extenseurs ;
le tremblement est plus pro-
noncé, les troubles des sens

existent, il y a des altérations physiques plus prononcées, des maux de tête, des vomissements, des caractères généraux physiques très prononcées, propres à chacune de ces affections ; mais, quant à l'état mental, il est tout différent, et c'est une erreur de croire que les paralysies saturnines, par exemple, comme on l'a sou-

nent répété, ressemblent absolument à la paralysie générale. Certainement il y a des malades ayant usé du plomb, les peintres en bâtiment ou autrement, des personnes ayant été ~~à~~ soumises à l'intoxication saturnine, qui deviennent paralytiques, avec les caractères ordinaires de la paralysie générale de nos asiles

mais comme l'une des causes de la production de la maladie, toutes les paralysies essentiellement saturnines, dues uniquement à l'action du plomb, ont des caractères, une marche différente, qui doit être distinguée de celle de la paralysie générale. Cependant il y a des cas où la confusion est possible, plusieurs

auteurs très habiles et très dis-
tingués, qui sont habitués à l'ob-
servation, s'y sont trompés. Le
diagnostic différentiel principal
doit être fait avec l'alcoolis-
me chronique. S'il s'agit de
l'alcoolisme aigu, la confusion
n'est pas possible. Le déli-
rium tremens, le délire alcoo-
lique subaigu ne peut pas

être confondu avec la paralysie générale. Il a des caractères spéciaux tout à fait distincts, qui ont été étudiés très bien dans ces dernières années. Mais, pour l'alcoolisme chronique, c'est différent. Il y a des malades qui arrivent dans les asiles d'aliénés, dans un état de démence plus ou moins prononcée, avec

du tremblement, avec des symp-
tômes généraux de paralysie gé-
néralisée, qui ressemblent beaucoup
à nos paralytiques ordinaires.
Il faut donc, pour établir le
diagnostic, remonter dans le pass
étudier la marche de la mala-
die, avoir connaissance des ac
cès antérieurs et de leur ca-
ractère de rémission pour éta
blir le diagnostic. Souvent

dans la période ultime, dans la période avancée, le diagnostic devient très difficile, mais, en remontant dans le passé des malades, en étudiant les antécédents des malades, en constatant qu'ils ont eu des accès de delirium tremens très caractérisés, qui ont été séparés par des intervalles de recouvrement de la raison, que la marche n'a pas été du

sout celle de la paralysie géné-
rale, on peut arriver à un diagno-
stic différentiel assez précis. On
a signalé quelques exemples
de paralysie alcoolique, dans
lesquels il y avait du délire
des grandeurs. Ces faits exis-
tent, ils ont été publiés par
Mr Marcel, par M. August.
Voisin, par d'autres. Il est
certain qu'il y a des mala-
des chez lesquels cette confusion

est possible, et il y en a d'autres où elle est fatale, inévitable, car il y a des malades chez lesquels il y a mélange des deux maladies. Il y a des alcooliques qui deviennent paralytiques généraux, par conséquent qui présentent les deux symptômes, les deux ordres de symptômes. Il nous arrive, tous les jours, de voir entrer des malades atteints vraiment de paralysie générale

et qui ont une complication al-
coolique accentuée. Ils sont eni-
vrés, ils ont beaucoup bu, fait
des excès de boisson, ils arri-
vent dans nos asiles avec
deux ordres de symptômes :
les symptomes de l'alcoolisme
et les symptômes de la para-
lysie générale. Mais le médecin
exercé peut arriver, dès le
début, à les distinguer et à
séparer nettement l'élément

alcoolique de l'élément paraly_
tique. Il nous arrive tous les
jours de dire : voici des symptômes
qui appartiennent à l'alcoolisme,
et en voici d'autres, chez la
même malade, qui appartien_
nent à l'alcoolisme et en voilà
d'autres, chez le même malade,
qui appartiennent à la para_
lysie générale ; et l'événement
vient nous donner raison, en

ce sens que, quinze jours après, tous les faits alcooliques ont disparu et les faits paralytiques subsistent et continuent. Ainsi par exemple, les perceptions subjectives de la vue, les visions d'animaux, les visions de fantômes, les cauchemards nocturnes, les hallucinations terrifiantes, tout le côté des symptômes alcooliques, le trem-

blement excessif, tous ces symptômes ont disparu, et on a affaire alors à un véritable paralytique général chez lequel les symptômes alcooliques ont cessé d'exister.

C'est même une question très intéressante, qui est aujourd'hui donnée comme question de prix, que l'étude des maladies mentales complexes, c'est à dire l'union, chez un même ma-

lade, de plusieurs formes de maladies mentales d'origines différentes. Le temps ne me permet pas d'insister plus longuement sur ce diagnostic différentiel qui mériterait une plus longue description, mais j'ai voulu appeler votre attention sur ce grand fait que, malgré les confusions possibles, malgré les confusions qui ont

en lieu, souvent, entre la paralysie générale et d'autres maladies voisines cérébrales, médullaires ou nerveuses, le diagnostic différentiel peut être établi par une étude attentive de tous les symptômes et de la marche. On peut, ainsi, arriver à préciser beaucoup mieux les caractères spéciaux de la paralysie générale, et

ce n'est qu'à la condition de faire ce diagnostic différentiel avec beaucoup de soin que l'on peut arriver à faire une histoire vraie et complète de la paralysie générale telle qu'elle existe dans la nature. Si on confond avec elle des maladies diverses si on met toutes ces maladies dans le même groupe, dans la même espèce, on ar-

rine à la confusion que nous voyons régner sous nos yeux, aujourd'hui, dans la plupart des asiles d'aliénés. La plupart des médecins des asiles confondent, sous le nom de paralytiques généraux, des malades très différents les uns des autres et appartenant à des catégories morbides différentes; ils confondent très souvent avec

les vrais paralytiques généraux, des apoplectiques, des alcooliques, des déments simples, des déments séniles, en un mot des maladies appartenant à d'autres catégories morbides. Il importe donc beaucoup de faire cette séparation radicale, ce diagnostic différentiel, pour arriver à des notions précises sur l'histoire vraie de la

paralysie générale et pour établir cette forme de maladie sur des bases vraiment scientifiques. Il me reste, avant de terminer, à vous dire quelques mots de la maladie, de sa marche, de son pronostic et de son traitement. La durée de la maladie, je vous en ai déjà parlé incidemment dans la précédente leçon. Cette durée, qui passait pour être très courte

autrefois, du temps des premiers observateurs, s'est allongée considérablement depuis cinquante ans, et on est arrivé à des durées très différentes de celles de nos prédécesseurs. Du temps de Bayle, de Calmel, même d'Esquirol, on admettait que la paralysie générale durait de six mois à un an, un an et demi au plus,

Plus tard, on lui a donné comme durée moyenne trois années. C'est l'idée la plus générale et la plus répandue. On admet généralement que la paralysie générale dure, en moyenne, trois ans. Mais depuis que de nouveaux éléments se sont introduits dans son histoire, depuis qu'on a constaté l'existence fréquente de rémissions prolongées, et qui peuvent

se répéter plusieurs fois chez le même malade ; depuis que l'on a constaté que les malades, arrivés à la dernière période, peuvent vivre extrêmement longtemps ; depuis qu'on a allongé la période prodromique, en étudiant beaucoup mieux les antécédents des paralytiques et les premières périodes qui précèdent l'entrée dans les asiles

Tous ces éléments nouveaux ont allongé singulièrement la durée de la maladie, et, aujourd'hui, on est arrivé à admettre quelques cas où la maladie peut durer sept ans, huit ans, dix ans, et même nous avons quelques exemples de durée de vingt années, des exemples tout à fait exceptionnels; mais, quoiqu'il en soit, on ne peut fixer la durée à trois ans. C'est le fait

le plus habituel, le plus fréquent, mais la maladie a souvent une durée beaucoup plus longue, soit dans les formes paralytiques simples des paralysies générales dites paralysies progressives sans délire, soit dans les formes présentant des rémissions prolongées, dont la durée est alors presque indéfinie lorsque la rémission est très longue. Ce fait est très im-

important pour le pronostic. Autrefois, le médecin qui voyait un paralytique général, affirmait, dès l'entrée du malade, qu'il serait mort dans l'année ou dans l'année suivante, et, très souvent, l'événement donnait un démenti assez prononcé à ce pronostic. On a vu des malades, non seulement guérir, rentrer dans la société, repren-

dre leurs fonctions, se marier, mais
des malades encore en démence,
vivre pendant des années, mal-
gré le pronostic des médecins
les plus exercés, les plus ha-
biles. Aujourd'hui on est donc
bien plus réservé dans le pro-
nostic de la paralysie géné-
rale. On admet toujours que
cette maladie est incurable,
excepté les auteurs qui, comm

comme M. Baillarger, admettent sa guérison quelquefois, dans les périodes congestives, à la suite de la manie congestive, mais, en général, on admet que, même dans les cas de rémission, la maladie revient avec ses caractères spéciaux et, très souvent, une marche d'autant plus rapide qu'elle a été plus ra-

pide qu'elle a été plus ralentie
dans ses débuts. L'incurabilité
de la maladie n'est pas con-
testée aujourd'hui, en général,
mais on admet une durée
beaucoup plus longue. Par
conséquent, le pronostic doit
être plus réservé; il faut,
quand on pose le pronostic
de la paralysie générale, avoir
le soin de mentionner ces deux

faits, que le malade peut, après une période de cinq, six mois d'excitation, entrer dans une véritable rémission qui peut simuler la guérison, et que, dans d'autres cas, la maladie, même sans rémission, peut durer beaucoup plus longtemps qu'on ne l'avait supposé autrefois.

Il faut donc être plus réservé dans le pronostic, et ne pas admettre et proclamer que

le malade sera mort dans un an ou deux ans de l'entrée d'un paralytique dans les Asiles.

La maladie étant considérée comme incurable, il y a peu de chose à dire sur son traitem[ent]. Cependant, il faut tenir comp[te] des deux éléments que je vou[s] ai signalés précédemment.

D'abord les auteurs qui ad[-]mettent que la paralysie

générale est d'origine syphilitique, et, aujourd'hui, il s'en trouve un certain nombre) emploient tous l'iodure de potassium à haute dose, d'une manière très continue, avec une grande persévérance. Beaucoup de médecins croient, à l'aide de l'iodure de potassium, enrayer la marche de la maladie. Malheureusement, elle continue son cours L'iodure de potassium n'a

pas d'action, même dans les cas où l'on peut l'attribuer à la syphilis, parce que les résultats organiques sont déjà produits, et le médicament n'a plus d'action sur les lésions déjà existantes. Il y a un autre élément, c'est l'élément con-gestif qui est important dans la maladie, d'autant plus que la première période est souvent une période purement

congestive. C'est ce qui a fait procla-
mer, par M. Baillarger, la ma-
nie congestive comme première pé-
riode de la paralysie générale. Les
anciens auteurs, qui vivaient du
temps de Broussais, employaient
la saignée les anti-phlogistiques
les sangsues, les ventouses. Ils
ont cru, par ce procédé enrayer
la marche de la maladie. Mais
on peut toujours se demander

si les rémissions, les guérisons temporaires, ont été le produit de la thérapeutique. Aujourd'hui on n'emploie presque jamais les saignées, et rarement les sangsues, les ventouses. Cependant, dans les cas de congestion intense ces moyens sont indiqués comme moyens palliatifs, relativement à l'attaque, à la congestion temporaire, sinon comme moyens

d'action sur la maladie elle-même. On a essayé, contre cette maladie, les moyens les plus variés : d'abord tous les révulsifs, les sétons, les cautères, les vésicatoires ; le cautère actuel a été employé avec quelque succès à la nuque. On a essayé, dans ce cas, la ~~po~~ marche de la paralysie générale. Il en est de même des médicaments d'un

autre genre : l'opium, la morphine, la digitale, la valériane, tous les médicaments anti-spasmodiques, calmants, ont été employés, et, généralement, ils n'ont pas de prise sur l'excitation des paralytiques. Un paralytique dans l'état maniaque, n'est influençable par aucun médicament. La morphine à dose toxique, à dose très élevée, les médicaments les plu

énergiques n'ont pas de prise pendant l'excitation maniaque, et ne parviennent pas à provoquer chez eux la diminution de l'excitation, ou la production du sommeil. Il y a des paralytiques qui restent des semaines entières, des mois, sans dormir, ou en dormant très peu, et tous les médicaments employés n'ont pas d'action sur eux. Cependant,

il faut faire exception pour le bromure de potassium. C'est peut-être le médicament qui arrive le plus à calmer l'excitation des paralytiques. En donnant le bromure à haute dose on arrive souvent à diminuer l'excitation, l'intensité des symptômes. C'est le médicament le plus souvent employé aujourd'hui, et qui a réellement

le plus d'action sur quelques uns des symptômes de la maladie.

Indépendamment du traitement général de la maladie, il faut tenir compte du traitement de quelques symptômes, par exemple les attaques congestives ou convulsives.

Généralement on a peu de prise sur ces attaques. Elles ont une marche déterminée par elle-même; tantôt elles guérissent,

tantôt elles entraînent la mort, et les moyens qu'on a employés, les moyens de traitement n'ont pas beaucoup de prise. Cependant les révulsifs sont indiqués dans ce cas, les purgatifs, et même les anti-phlogistiques, comme les sangsues ou les ventouses. C'est ce que l'on fait générale- lement : on cherche à combattre l'affection cérébrale par des moyens révulsifs, mais, le plus

souvent ces congestions guérissent seu-
les ; après avoir passé par une pé-
riode extrêmement grave de perte
de connaissance, de coma, de gêne
de la respiration, de convulsions très
intenses, très généralisées, effrayantes,
surtout au point de vue de la
respiration, les malades sortent de
cet état cérébral si grave et, le
lendemain, on les retrouve dans
les cours, marchant, circulant,
parlant comme la veille et sem-

blant n'avoir jamais éprouvé au-
cun symptôme grave. Il y a, sous
ce rapport là, des étonnements très
graves, parceque, dans d'autres
cas, la congestion entraîne la
mort. Mais il y a des cas
assez fréquents où le malade
échappe à ces congestions quelque
intenses et quelque graves quelles
soient. On voit des malades sur
lesquels on avait jeté des draps
mortuaires, qu'on avait considé-

rés comme morts, et qui, le lende-
main, se réveillent, se promè-
nent, courent et sont même
mieux quelquefois qu'avant l'at-
taque qu'ils viennent d'éprou-
ver. Comme je vous l'ai dit
dans la dernière séance, la mort
des paralytiques est détermi-
née par des causes différentes,
tantôt par l'évolution natu-
relle de la maladie cérébrale,
tantôt par des maladies inci-

dentes ; mais lorsque les paralytiques meurent par l'évolution naturelle de la maladie, le plus souvent, c'est à une époque très éloignée du début, c'est à dire après une très longue durée de la maladie. Lorsque les paralytiques ne sont pas emportés par des maladies incidentes, par des attaques congestives ou convulsives ils peuvent vivre très longtemps Ils ont quelquefois des eschares

généralisées et qui guérissent ; d'au-
tres fois, ils sont dans un état
de marasme, d'émaciation épou-
vantable, dans un état d'amai-
grissement que rien ne peut vaincre
et combattre, dans un état des
plus graves au point de vue ca-
chectique, et, malgré cela, il en
est qui traversent cette période,
grâce aux soins prolongés, aux
médicaments toniques, à l'en-
semble des soins dont ils sont

entourés on arrive à les faire sortir de cette période, et ils reprennent une nouvelle série de phénomènes : paralysie très prononcée, démence très avancée, souvent paralysie des membres inférieurs absolue ou presque absolue, mais ils continuent à vivre pendant des années dans cet état de démence chronique, après avoir traversé des périodes

extrêmement graves. De sorte que le diagnostic est subordonné à la connaissance de ces faits. Il est des paralytiques qui meurent très vite, qui meurent par des attaques, à une période peu avancée de la maladie; il en est d'autres, au contraire, qui vivent très longtemps et qui peuvent se survivre, en quelque sorte, à eux-mêmes, dans un état de vie végétative. Ils restent des années dans l'immobilité

dans la démence, dans la paralysie presque complète, et cependant ils continuent à vivre et à végéter sans que la mort survienne. Ce sont des faits qu'il importe beaucoup de connaître pour ne pas se tromper sur le ~~dia~~-pronostic de la maladie.

J'ai été obligé d'abréger beaucoup les diverses parties de l'histoire de la maladie dont je viens de parler aujourd'hui, mais j'ai voulu vous donner une

idée générale des divers aspects de l'histoire de cette affection qui est très intéressante, très fréquente, et que l'on rencontre malheureusement trop souvent, surtout dans les grandes villes.

Dans la prochaine leçon, je commencerai l'étude des mélancolies, des diverses variétés de la mélancolie. J'espère pouvoir, en une séance, passer en revue les diverses formes des variétés des mélancolies, réservant à une

leçon ultérieure le délire de persé-
cution qui est une variété tout
à fait spéciale, qui mérite une
description particulière et qu'il
faut séparer catégoriquement de
toutes les mélancolies d'Esquirol
Le délire de persécution figurait
dans la mélancolie, pour Esquirol
et ses élèves, mais aujourd'hui
il est détaché séparément par
une description tout à fait dis-
tincte et il doit être décrit
comme une variété absolument

spéciale, depuis son début jusqu'à sa terminaison.

(Applaudissements.)

---

6 Décembre 1885

Messieurs,

Je vais continuer aujourd'hui les leçons que j'ai l'intention de faire cette année, en étudiant la mélancolie. Dans les leçons précédentes, je me suis étendu assez longuement sur l'histoire de la para-

lysie générale, à laquelle j'ai consacré trois leçons. Mon intention était en insistant sur cette maladie, de bien vous indiquer que, dès à présent, on peut établir des formes naturelles de maladies mentales basées sur l'ensemble des symptômes, sur l'anatomie pathologique et sur la marche.

La paralysie générale est certainement le type le mieux caractérisé des formes des mala-

dies mentales, aujourd'hui bien connues et bien établies comme maladies spéciales et distinctes. En entrant sur le terrain de la pathologie mentale ordinaire, c'est à dire sur le terrain des résanies, nous éprouverons plus de difficultés à classer nettement les maladies par une méthode naturelle. Cependant, nous pouvons déjà dès aujourd'hui, faire quelques tentatives dans cette

voie, et c'est ce que je vais chercher à vous montrer aujourd'hui à propos de la mélancolie.

La mélancolie, telle qu'elle est comprise dans l'école de Pinel et d'Esquirol, est une forme de maladie mal délimitée, extrêmement étendue, comprenant un nombre de faits considérables. C'est la classe peut être la plus vaste et la plus étendue de toutes les maladies mentales

La mélancolie, ainsi comprise, a des contours très mal définis et comprend les états les plus différents. Pinel comprenait même sous ce nom, non seulement ce que nous appelons aujourd'hui les mélancolies, mais même tous les délires partiels sans exception. C'est Esquirol qui a, le premier, cherché à faire une grande coupure parmi tous ces faits des délires partiels, et qui les a divisés en

deux catégories en distinguant les aliénés tristes et les aliénés gais, les mélancoliques et les monomanes.

Esquirol avait donc commencé à établir une division dans ce groupe beaucoup trop vaste et beaucoup trop étendu des mélancoliques. Mais, malgré cette distinction, les mélancolies d'Esquirol comprennent encore des états extrêmement divers qui ne se rappro-

chent que par le fait de l'affaissement, de la tristesse, de la prostration, de la défiance, comme disait Esquirol ; mais qui, sous tous les autres rapports, diffèrent énormément, ainsi que je vais chercher à vous le montrer tout à l'heure.

Je vais diviser cette leçon en deux parties. Dans la première, j'étudierai, sous une forme générale, la mélancolie telle qu'on la con-

prend aujourd'hui dans l'école régnante, l'école dominante de Pinel et d'Esquirol qui, comme je vous l'ai dit, domine la science encore aujourd'hui: la mélancolie en général.

Dans la seconde partie, je chercherai à établir des catégories plus pratiques, plus exactes et plus naturelles. La mélancolie, telle qu'on la comprend aujourd'hui, repose sur un fond

général de tristesse et d'affaissement. Ce fond maladif existe à la fois dans toutes les facultés reconnues par les psychologues, c'est-à-dire dans le domaine de la sensibilité, de l'intelligence et de la volonté. La véritable base des mélancolies, c'est l'état de la sensibilité générale, sensibilité morale et sensibilité physique. Les malades se sentent abattus, [illegible]

malheureux, se sentent tristes, se sentent abattus, se sentent déprimés. Voilà le fond de la mélancolie. C'est ce sentiment subjectif de tristesse, d'affaissement, de prostration qui est la base de toutes les mélancolies. Ce sentiment ne peut être constaté que par le malade lui-même. Il est des manifestations extérieures, comme je vous le dirai tout à l'heure. Mais

c'est un fait essentiellement subjec-tif. Il faut donc l'étudier surtout chez les malades qui ont conscience de leur état et qui peuvent d'eux-mêmes apprécier la transformation qui s'est opérée dans tout leur être physique et moral.

Les malades dont je vous parlerai tout à l'heure qui sont atteints de mélancolie avec conscience, décrivent parfaitement cet état de

transformation de la sensibilité générale. Ils disent eux-mêmes : Je suis complètement changé, tout est changé autour de moi. Je n'apprécie plus les choses du monde extérieur comme les appréciais autrefois. Je ~~ne~~ sens tout autrement que dans mon état normal. Le monde entier semble transformé, et, au fond, c'est moi-même qui suis changé. Les malades ont conscience de leur état et

et apprécient le changement qui s'est opéré dans leur moral, dans leur état général physique et moral. D'autres aliénés, au contraire, éprouvent le même changement mais ils n'en ont pas conscience, et, au lieu de l'attribuer à une modification morbide, à un état subjectif, ils l'attribuent à des causes étrangères, à des causes extérieures, au monde extérieur qui serait changé, tandis qu'

ils ne sentent pas les perturbations qui s'est opérée dans leur propre individuellement. Mais quelque soit l'appréciation du malade, le fait est toujours le même. Le malade est transformé par la maladie. Il y a un changement total dans sa sensiblité générale le malade est triste, sans motif, il se sent affaissé, abattu. Il y a un malaise général, un état de tristesse profonde, de dégout de

la vie, de découragement, d'affaissement, qui constitue le fond véritable de toutes les mélancolies. C'est là la base première de l'état mélancolique. Et ceci s'applique à presque tous les malades qui sont compris sous cette dénomination : non-seulement la sensibilité générale est atteinte, mais l'intelligence l'est de la même façon. L'intelligence a perdu de son activité, alors même qu'elle

n'est pas encore complètement troublée, alors même que les conceptions délirantes n'ont pas envahi l'esprit du malade. Dans les faits de mélancolie sans délire, l'intelligence est elle-même affaissée, troublée comme la sensibilité ; le cours des idées est très ralenti, les idées sont très peu nombreuses, le mouvement intellectuel est presque nul. Les malades en ont conscience ou n'en

ont pas conscience mais le fait est constant ; dans la mélancolie, il y a ralentissement du mouvement intellectuel, en même temps que perturbation de la sensibilité générale ! Ces malades ont peu d'idées est certainement rétréci et roule toujours sur les mêmes points, sur les mêmes préoccupations délirantes. Le malade ne peut pas sortir de ces préoccupations. Il ne s'interesse plus à

rien ; toutes les idées étrangères à son délire lui sont indiffé-rentes ; il n'a qu'une seule préoc-cupation : c'est la préoccupation dominante ; son cercle d'idées est extrêmement restreint et rétréci. Il ne peut plus lire, il ne peut plus s'occuper, tout le fatigue. Il a une fatigue cérébrale géné-rale, surtout dans les périodes aigües, et son intelligence ne peut s'appliquer qu'à un très

qu'à un très petit nombre d'idées, toujours les mêmes. Il y a donc une altération profonde et générale de l'intelligence, même dans les cas les plus simples, même dans les cas dits sans délire. L'intelligence est atteinte dans son ensemble avant même d'être atteinte dans certains points particuliers. Le même fait peut s'appliquer à la troisième catégorie de facultés, c'est à dire à la volonté

aux impulsions, aux penchants.
La volonté est affaiblie chez les mélancoliques comme l'intelligence. Le mélancolique dit souvent : Je ne puis pas vouloir, je suis impuissant à vouloir, je reste immobile, je ne fais rien, je suis dans l'inaction, parce que je n'ai pas la force de vouloir ; le moindre acte me coûte à accomplir. Je ne puis pas remplir les devoirs de ma profession

Je ne puis plus rien faire, je suis absolument incapable, impuissant d'agir. Je suis obligé de rester immobile dans l'inaction la plus absolue. Eh bien, cette lésion fondamentale de la volonté ou de la partie impulsive de notre être, correspond à la lésion de la sensibilité et de l'intelligence. Vous voyez que tous ces faits généraux ~~se~~ tiennent; c'est, en quelque sorte, le même état général d'ap-

faissement, de prostration de toutes les forces, de la volonté, de toutes les facultés, qui est la vraie base de la mélancolie. Il importe donc beaucoup d'insister sur ce fond maladif, comme l'appelait mon père, sur cet état général qui est la vraie base de tous les états mélancoliques. On a eu tort d'étudier les mélancoliques au point de vue psychologique, au point de vue des idées, et on a ainsi interverti l'ordre de

succession des phénomènes. On a cru que, par exemple, à la suite d'un chagrin, à la suite de la perte d'une personne aimée, à la suite d'une émotion vive, l'esprit humain s'occupait d'une manière exclusive, de cette préoccupation première, de cette idée triste et que, partant de cette idée triste, à laquelle il songeait sans cesse, sur laquelle étaient concentrées toutes ses facultés, il arrivait

peu à peu à la tristesse, au dégoût de la vie, à l'affaissement, à tous les phénomènes de la mélancolie. Eh bien, c'est l'inverse qu'il faut voir, c'est l'état mélancolique qui précède, qui est le fait maladif fondamental, et c'est sur ce fond que se développent peu à peu les idées tristes, les idées maladives. On a interverti l'ordre de succession des phénomènes, on a

commencé par l'idée, pour arriver à l'état général, tandis que c'est l'état général qui précède, qui est le fait vraiment maladif ~~de la~~ maladif et qui donne lieu aux idées successives qui viennent se développer sur ce fond premier. Cette erreur dans l'observation a eu des conséquences très graves, à tous les points de vue et mérite d'attirer l'attention des observateurs. Il faut voir les mélancoliques

tels qu'ils sont, c'est à dire voir des malades qui sont atteints dans le système nerveux, qui sont atteints physiquement avant d'être atteints moralement, qui sont atteints d'une manière générale dans toutes les facultés, avant de se déterminer sur certains points sur certaines idées prédominantes. C'est, en effet, sur ce fond maladif, à la fois physique et moral que se développent peu à peu et

lentement, ordinairement, les conceptions délirantes. Comme mon père l'a très bien établi dans ses ouvrages, il y a trois périodes successives dans l'évolution de l'idée fixe. Les idées commencent par se présenter à l'état vague. Le malade hésite entre plusieurs directions d'idées qu'il choie et délaisse tour à tour; il abandonne plusieurs idées pour repasser à d'autres, il n'est pas précis encore, déterminé

dans la direction délirante : tan-
tôt des idées religieuses, tantôt
des idées de crainte, tantôt des
idées de persécution viennent flot-
ter dans son esprit et se rem-
placent les unes les autres. Il
hésite, il cherche, dans des direc-
tions diverses, la voie où doit
s'engager son délire. Il y a là
une période d'incubation, d'éla-
boration du délire qui est sou-

nent très longue, très lente et qui est très interessante à étudier. Les conceptions délirantes germent et se développent comme une plante sur le sol maladif primitif, elles germent avec lenteur, elles se développent successivement, et il faut beaucoup de temps avant qu'elles arrivent à la période de systématisation, c'est à dire à la période où les idées prennent un coeur, forment un

tout, un roman coordonné, un ensemble de conceptions que les malades alors racontent à tout venant et qui sont l'apparence la plus saillante, la plus évi_dente de leur état maladif. C'est alors que vous voyez les malades dominés par des idées religieuses, par des idées de persécution, par des idées de ruine, par des idées de culpa_

bilité ; mais ce délire ne s'est formé que peu à peu, lentement, sur un fond maladif primitif. Telle est la généalogie véritable des délires, quand on observe attentivement les aliénés. Indépendamment de cet état général, sur lequel je ne pourrai insister plus longuement, car j'ai hâte d'arriver aux variétés, il y a à étudier ; chez

les mélancoliques, l'état phy-
sique. Cet état physique est
très complexe. Toutes ses fonc-
tions sont atteintes : la sensibilit
physique, la motivité, les fonc-
tions organiques sont toutes
atteintes par l'état mélanco-
lique, la sensibilité physique
présente des symptômes très
variés, des états sur lesquels
l'école somatique allemande

a surtout insisté. Il y a, chez tous les mélancoliques, non seulement un sentiment de tristesse morale, mais un sentiment de douleur physique, un malaise général, un état de souffrance général qui constitue un sentiment de maladie. Tous les mélancoliques se sentent malheureux, se sentent souffrants, se sentent malades indépendamment de leurs préoccupations délirantes. D'autres fois, il y a de l'anesthésie

et de l'hyperesthésie, des troubles de la sensibilité très variés, des douleurs, des névralgies, sur lesquelles les Allemands ont beaucoup appelé l'attention et, en particulier, le docteur Grasil et le docteur Chürr, qui ont fait des travaux sur les folies névralgiques, sur les diverses formes de névralgies dans la mélancolie. Ces douleurs peuvent varier; les points névralgiques sont tantôt à la tête, tantôt au coeur,

tantôt à l'épigastre, d'autres fois dans d'autres régions du corps, mais elles sont très fréquentes chez l'aliéné mélancolique et méritent d'attirer l'attention, non seulement au point de vue de l'observation vraie, mais même au point de vue de la thérapeutique. C'est sur cette base que l'on a édifié la thérapeutique par la morphine, par les injections hypodermiques. Dans ces cas en effet, les injections de morphine ont

réussi souvent, non seulement à calmer la douleur, non seulement à diminuer le malaise général du malade, mais à déterminer, par contre-coup, une améliora-tion, et même une guérison dans l'état mélancolique. On a beau-coup exagéré la valeur curative de ce traitement, de ce moyen, mais il est certain que, dans cet état de mélancolie, les injec-tions de morphine ont souvent un effet très favorable.

Les symptômes physiques exis-
tent également dans la motivité.
Les mélancoliques ont des mouve-
ments lents, des mouvements dif-
ficiles, une grande lenteur dans
les mouvements et des mouvements
irréguliers, des troubles variés de
la motivité. Ces troubles peuvent
arriver jusqu'au degré de la
contracture, de la raideur et même
de la catalepsie. Dans quelques

cas, comme je vous le dirai tout-à-l'heure à propos de la stupeur, les fonctions digestives, les fonctions circulatoires, les fonctions de la respiration, toutes les fonctions en un mot, sont troublées chez les mélancoliques; les malades digèrent mal, leurs fonctions digestives sont altérées, ils ont des gaz, des borborygmes, des tympanites, des phénomènes du

du côté de l'estomac et de l'intestin ; ils en éprouvent également dans toutes les autres fonctions. La respiration est ralentie, quelquefois tellement lente, que le malade est obligé de pousser quelques soupirs de temps en temps pour rétablir la respiration qui semble s'éteindre, et la circulation également est ralentie, les extrémités sont froides, souvent œdematiées

Il y a un ensemble de symptômes physiques très caractérisés dans les diverses variétés de la mélancolie. Le sommeil, surtout dans la période aiguë, est presque nul, accompagné de rêves, de cauchemars, de phénomènes presque de délire dans l'intervalle entre le sommeil et la veille ; ce n'est que plus tard que le sommeil se rétablit, quand la maladie

passe à l'état chronique. Il en est de même des fonctions génitales qui sont souvent impuissantes chez l'homme et chez la femme. Chez la femme, il y a ~~trouble~~ de la menstruation ; chez l'homme impuissance. En un mot, il y a des phénomènes physiques dans toutes les fonctions de l'économie.

La marche de la mélancolie est souvent très inégale.

C'est une maladie très lente dans son évolution, elle dure souvent plusieurs années et elle est beaucoup plus longue que l'état maniaque. Tandis qu'un accès de manie dure six mois, un an, un accès de mélancolie peut guérir après plusieurs années d'existence La maladie est souvent très lente dans son évolution. D'au.

tres fois elle est rémittente, d'autres fois encore elle est intermittente. Il y a beaucoup de mélancolies sous la forme d'accès. La mélancolie intermittente est aussi fréquente que la manie. On a beaucoup insisté sur la manie intermittente, mais il importe d'attirer l'attention également sur les mélancolies intermittentes. Il y a beaucoup de mélancoliques qui ont plu-

sieurs accès dans leur vie, qui en ont eu à l'époque de la puberté, puis à l'âge adulte, et enfin souvent à l'âge critique qui est l'âge le plus favorable à la production de la maladie surtout chez la femme. Mais, quand on observe un accès de mélancolie chez la femme à l'âge critique, souvent en étudiant bien, on découvre qu'il

y a eu des accès antérieurs.

J'ai été obligé de parcourir très rapidement devant vous, les caractères généraux de la mélancolie, parce que j'ai hâte d'arriver à la seconde partie de cette leçon, c'est-à-dire à l'étude des variétés.

On a divisé ~~également~~ généralement les mélancolies aujourd'hui d'après les idées dominantes. On admet des mélancolies religieuses, des mélancolies érotiques, des mélan-

colies avec prédominance d'idées de persécution, d'idées de ruine, d'idées de culpabilité. On a subdivisé à l'infini les mélancolies d'après les idées dominantes. C'est un procédé tout à fait artificiel et primitif, c'est l'enfance de l'art. Le fait fondamental de la mélancolie, c'est l'altération générale c'est le fond maladif dont je vous parlais tout à l'heure. Il faut tacher d'é

tablir des variétés naturelles sur ce fond maladif, au lieu de les faire reposer sur les idées prédominantes car on a encore admis les mélancolies de suicide, homicides etc, etc, etc, d'après les actes auxquels se livrent les aliénés. Ce sont là des classifications provisoires, artificielles, et qu'il faut évidemment arriver à modifier et à changer du tout au tout. La seule tentative

que l'on ait faite dans ce sens, c'est la création de la mélancolie avec stupeur qui est généralement admise. Cette mélancolie a été détachée des autres mélancolies à cause de l'état général de stupeur, mais toutes les autres mélancolies sont confondues ensemble sous un même nom, même le délire de persécution qui, ainsi que je vous le montrerai dans la leçon prochaine, est

une mélancolie tout à fait spéciale, tout à fait distincte, méritant une description absolument séparée de celle de la mélancolie en général. En effet, les persécutés se présentent à vous comme des hommes raisonnables, avec toutes les apparences de la raison. Ils peuvent causer de toute espèce de sujets, ils peuvent aborder tous les sujets qui occupent l'intelligence humaine. Habituellement leur intelligence est active

et susceptible de travail, d'occupation. Ils sont constamment en mouvement, mais en mouvement vers un but. Ils peuvent suivre une idée avec persévérance, avec une très grande grande persistance. Ainsi, par exemple, très souvent ils changent de domicile, ils changent de domestiques, se déplacent, font des voyages. Ils ont une activité intérieure et extérieure tout à fait caractérisée et comm

l'homme à l'état normal. Ce n'est pas là le fond mélancolique dont je vous parlais tout à l'heure; ils ne sont mélancoliques que parce que leurs idées sont d'une nature triste, mais sous tous les autres rapports ce sont des aliénés actifs, intelligents, n'ayant pas les caractères généraux de la mélancolie dont je vous parlais tout à l'heure.

Il en est tout autrement des deux autres variétés de la mélancolie sur lesquelles je vais appeler votre attention. Je crois

donc qu'il faut diviser la mélan-
colie d'Esquirol en trois grands
groupes principaux : la mélancolie
avec idées ~~avec~~ de persécution,
ou mélancolie active, qui, à pro-
prement parler n'est pas de la
mélancolie ; la mélancolie anxieu[se]
et la mélancolie dépressive ten-
dant plus ou moins à la stupeu[r].
Ces trois grandes divisions sont
encore insuffisantes, mais sont
très réelles et parfaitement vrai[es]
au point de vue clinique ; elles

qui ont le fond de la mélancolie, mais qui ont conscience de leur état. On avait cru, autrefois, que la folie était incompatible avec la conscience de son état. C'est même un élément qu'on a fait intervenir souvent dans la définition de la folie. On a dit que tous les aliénés sans exception perdaient la conscience de leur état maladif. Eh bien, l'observation depuis une quarantaine d'années

a démontré le contraire. Il est aujourd'hui parfaitement établi qu'il y a toute une sorte, toute une catégorie d'aliénés qui ont conscience de leur état. Ce sont des malades sur lesquels j'appellerai votre attention dans une prochaine séance, dans la dernière leçon de cette année ; mais, dès aujourd'hui, je dois vous en dire quelques mots, parce que le fond

maladif est le véritable fond qui précède souvent la mélancolie anxieuse. Les malades ont le dégoût de la vie le taedium vitae, l'état mélancolique à l'état élémentaire. Ils se sentent malheureux ; ils sentent eux-mêmes que des idées nouvelles de nature triste les obsèdent et qu'ils ne peuvent s'en débarrasser. Ils ont une lutte intérieure des plus pénibles, qui

doivent est racontée d'une façon tout à fait pathétique par les malades qui éprouvent cet état maladif ; ils sont combattus entre deux tendances contraires : la tendance maladive qui s'impose de plus en plus à leur esprit, et l'état normal qui proteste et qui lutte contre cette invasion des phénomènes maladifs. Il y a une lutte intérieure

reposent précisément sur le fond maladif dont je vous parlais tout à l'heure. Les mélancoliques avec idée de persécution sont des mélancoliques dont le fond est actif, dont l'intelligence a conservé toute son activité, toute sa mobilité.

Les mélancoliques anxieux sont encore actifs dans une certaine mesure, puisqu'ils parlent, ils agissent constamment, mais

d'une manière automatique, sans but déterminé et d'une manière tout à fait instinctive. Il y a là un mouvement incessant, mais le fond est tout à fait triste et participe des caractères de la mélancolie dont je vous ai parlé tout à l'heure. Enfin les mélancoliques dépressés, qui sont les véritables mélancoliques, correspondant au

au tableau que j'indiquais, tout à l'heure de l'état général des mélancoliques. Il y a donc trois fonds différents chez ces malades, un fond actif, un anxieux et un fond dépressif arrivant plus ou moins à la stupeur. C'est sur le fond maladif que repose cette classification. Elle n'a pas encore tous les caractères d'une classification naturelle, mais elle est certai-

nement en progrès sur ce que nous avons aujourd'hui, c'est à dire sur les divisions basées sur les idées délirantes et sur les actes.

Avant d'étudier ces deux variétés, je dois vous dire un mot d'une autre variété sur laquelle je reviendrai dans une séance suivante : c'est la mélancolie avec conscience. Il y a, en effet, des malades

des plus pénibles, des plus angoissantes, que les malades racontent avec désespoir, qui est extrêmement interessante à étudier. C'est un état que les théologiens ont déjà étudié de tout temps, au point de vue des scrupules religieux, au point de vue de la lutte intérieure du bien avec le mal, de l'homme avec lui-même. C'est un état normal à un certain degré et qui ne

devient une maladie que par son
exagération même, mais cet
état s'exagère, dans la mélan
colie avec conscience, à un point
tel que les malades ne sont plus
capables de se dominer. Il
y a en eux un automatisme
cérébral, une force tellement pa
thologique qui s'impose à leur
volonté, malgré eux, qu'ils sont
devenus des malades, quoiqu'ils
aient conscience de leur état ma

latif. Ils reconnaissent eux-mêmes qu'ils sont complètement changés, que leur volonté est altérée, que leur sensibilité n'est plus ce qu'elle était autrefois. Ils s'accusent de n'avoir plus de coeur, de ne plus aimer leurs parents, leurs amis, d'être capables de perdre leurs parents, leurs enfants, sans en éprouver aucune douleur; ils s'accusent de l'état de leurs sentiments, de l'état de leur intelligence,

ils se considèrent eux-mêmes comme des malades pour ainsi dire incurables, qui vont devenir aliénés. Ils étudient et ils analysent tous les phénomènes dont ils sont les victimes et ils les étudient avec une douleur profonde et très émouvante pour l'observateur. Cet état mérite d'être étudié avec soin et j'insisterai davantage dans une prochaine leçon. J'ai voulu seule-

ment vous le signaler comme étant le premier degré, le degré élémentaire, en quelque sorte, de la mélancolie, et d'autant plus facile à étudier, que les malades sont, pour vous dans ce cas, des coopérateurs et vous donnent des éléments d'observation que vous ne pouvez pas avoir dans d'autres circonstances.

Quand la maladie est plus avancée et plus intense, il y a un fait plus intéressant dans ce cas: c'est une espèce de vertige

moral, les malades se sentent attirés et repoussés tout à la fois, par les idées délirantes, par les impulsions qui s'imposent à eux. Ainsi, ils se sentent poussés à faire le mal, ils se sentent poussés à se précipiter par la fenêtre, à se tuer, à se jeter dans une rivière, à se jeter du haut d'une tour élevée, ou du haut d'une montagne ou d'un précipice, et ils ont horreur du précipice. Ils ont, au moral, cet état particulier

que l'on a, au physique, appelé le vertige. Quand on est placé sur une tour élevée, sur une montagne abrupte, il arrive à beaucoup de personnes d'éprouver un sentiment de vertige qui consiste dans l'attraction du précipice. On a tellement peur de se précipiter qu'on est attiré par le précipice que l'on redoute. Il y a là, une espèce de loi morale correspondante aux lois physiques : la réaction est égale à

l'action. Et, de même que dans l'électricité, dans les autres forces de la nature, il y a attraction et répulsion, de même, dans le monde moral, il y a des phénomènes du même ordre. Nous sommes d'autant plus attirés vers un objet que nous le redoutons davantage. C'est une loi du monde moral qui existe à l'état physiologique et qui s'exagère à l'état maladif. C'est un phénomène

très intéressant à étudier et qui existe souvent chez ces malades avec conscience de leur état. Ainsi ces malades redoutent souvent de voir une fenêtre ouverte, de voir sous leurs yeux un couteau ou une épée, un instrument dont ils pourraient se servir contre eux-mêmes, ou contre les autres, et ils ont une telle frayeur d'être poussés à s'en servir pour accomplir l'acte qu'ils redoutent

qu'ils s'y précipitent avec une sorte de volupté. Il y a là attraction et répulsion. Ils ont horreur de l'acte qu'ils vont accomplir et ils se sentent poussés, malgré eux, à l'accomplir et à agir avec énergie dans ce sens. (Ainsi,) les malades sont souvent poussés au suicide ou à l'homicide, et ils redoutent tellement cet acte qu'ils demandent souvent la camisole qu'ils de-

mandent qu'on les contienne, qu'on les enferme, qu'on les préserve contre eux-mêmes, contre leurs propres impulsions. C'est un état des plus intéressants, sur lequel je reviendrai à propos de la folie avec conscience.

J'arrive à la description de la mélancolie anxieuse. La mélancolie anxieuse est une forme très fréquente de la maladie mentale, qui n'a pas été aussi bien étudiée, ni aussi

bien décrite que le délire ~~que le dé-~~
~~lire~~ de persécution et qui n'est
pas encore aujourd'hui bien éta-
blie dans ses contours et dans
ses limites, comme l'est le dé-
lire de persécution lui-même.
Une monographie serait très utile
à faire sur ce sujet et il serait
intéressant d'appeler l'attention
des observateurs sur la délimi-
tation plus exacte et plus
scientifique de la mélancolie

anxieuse.

Quoiqu'il en soit, nous avons déjà dès aujourd'hui, quelques données pour établir cette forme de mélancolie et en faire une variété spéciale. Le premier fait, c'est l'état général. Esquirol avait déjà admis qu'il existait deux espèces de mélancoliques ; les mélancoliques anxieux, affaissés, prostrés, les véritables mélancoliques et les mélancoliques, au contraire, qui avaient un mou_

besoin de mouvement automatique
un besoin de marcher, de se
plaindre, d'aller et venir.
Cette distinction est déjà faite
dans une phrase d'Esquirol;
mais, depuis cette époque, on a
été plus loin dans cette idée
et on est arrivé à reconnaître
qu'il existait un assez grand
nombre d'aliénés mélancoliques
auxquels ~~P. Gizlin~~ Ghislain, l'aliéniste
belge, a donné le nom de

gémisseurs, et que le docteur Sorel a décrits spécialement sous ce (même nom, dans un article publié dans les annales médico-psychologiques. Les aliénés gémisseurs ~~sont des aliénés qui~~ ont continuellement besoin de se plaindre, de gémir, de se lamenter, et en marchant de long en large! Ce sont là les deux faits fondamentaux de la mélancolie anxieuse. L'aliéné a besoin de

-varier, de se plaindre, de gémir, de répéter constamment les mêmes mots, les mêmes lamentations et en même temps de marcher de long en large, pendant des heures entières, sans jamais s'asseoir, sans jamais se mettre au lit, sans jamais se reposer. Ils arrivent jusqu'à la fatigue la plus extrême sans vouloir s'asseoir, et quand ils sont assis un instant, ils ne

tardent pas à reprendre leur marche interrompue. On peut comparer cet état à celui des ~~mar-~~ ~~ches~~ âmes en peine du purgatoire, à ce besoin continuel de se mouvoir que l'on décrit dans l'enfer antique, dans l'enfer du paganisme et dans l'enfer chrétien. Il y a là un état des plus pénibles qui se manifeste, non seulement par l'anxiété intérieure, mais par l'anxiété extérieure. Les malades ont

besoin de gémir, de se plaindre, de se lamenter, de se désespérer, de manifester au dehors toute l'anxiété qui les domine intérieurement. C'est là le fait fondamental de la mélancolie anxieuse, la base véritable de la maladie, et qui persiste à des degrés divers, pendant toute la durée de la maladie. Au commencement souvent, les malades ne sont qu'affais

ses mélancoliques, et ils arrivent peu à peu à cet état d'accès qui dure souvent pendant très longtemps, pendant toute la durée de l'accès et qui va en diminuant peu à peu, mais qui persiste jusqu'à la fin. Voilà le fond de la maladie appelée mélancolie anxieuse. Sur ce fond qui dure souvent assez longtemps à l'état primitif, à l'état de mélancolie sans délire, se développent peu à

peu des conceptions délirantes. Les conceptions délirantes sont toutes du même ordre : ce sont des conceptions tristes, mais surtout craintives ; les malades craignent d'être ruinés, d'être perdus, d'être conduits en prison, d'être condamnés pour des crimes imaginaires, d'être damnés. Tantôt ils ont la direction religieuse et alors ils s'accusent au point de vue de la conduite, au point

de vue des actes ; ils ont des scrupules religieux et ils se croient damnés et perdus pour toujours ; tantôt, au contraire, les directions qu'ils ont sont vers la ruine, vers l'indignité, vers la crainte de la prison, vers les accusations imaginaires de crimes qu'ils n'ont pas commis et souvent même ils reconnaissent qu'ils n'ont pas commis ces crimes, mais ils croient être accusés, et ils ont peur, à cha-

que instant, d'être conduits en prison, de voir arriver le bourreau et d'aller à l'échafaud. Ces prédominances, vous le remarquerez, sont toutes relatives à l'individu lui-même. C'est là un caractère distinctif de cet état mental; le malade s'accuse lui-même. Il craint des condamnations, il craint des accusations, il s'accuse. Il a le délire d'humilité, il se considère

malheureux parce qu'il commet des fautes, parce qu'il est criminel, parce qu'il est indigne, parce qu'il n'a plus de capacités, ni intellectuelles ni morales. Il s'accuse lui-même. C'est juste le contraire du persécuté qui accuse les autres. Le persécuté accuse le monde extérieur, accuse des ennemis imaginaires, accusent des persécuteurs qui sont acharnés à sa perte, qui

veulent le tourmenter, le tuer ; le persécuté est un orgueilleux qui ne se sent jamais coupable, qui ne s'accuse jamais lui-même, qui accuse tout le monde extérieur et les autres hommes. L'aliéné atteint de mélancolie anxieuse, au contraire, porte toutes ses imputations, toutes ses accusations, sur sa propre personnalité, sur lui-même. C'est là une distinction très

très importante qui sert de base à la séparation de ces deux grandes variétés de la mélancolie. Malheureusement jusqu'à présent l'attention n'a pas été assez attirée sur cette distinction. Il en résulte que beaucoup de médecins, non seulement des médecins qui font la clientèle ordinaire, mais même les médecins spécialistes, n'établissent pas cette distinction, et, sur des certificats, il arrive toujours

de voir caractériser des malades comme atteints du délire de persé-cution, des mélancoliques anxieux. Ce sont des mélancoliques qui s'accusent eux-mêmes, qui ont des idées de ruine, de culpabilité, d'indignité, qui ne sont pas des persécutés. On a tort, dans ce cas, de se servir souvent du mot de délire de persécution qui est tout à fait erroné,

puisqu'ils ne s'appliquent qu'aux malades qui accusent les autres, au lieu de s'accuser eux-mêmes. C'est une distinction sur laquelle on n'a pas suffisamment attiré l'attention jusqu'à présent. Les mélancoliques anxieux ont des symptômes physiques qui correspondent à ces symptômes de l'ordre moral. Les symptômes physiques sont ceux que je viens de vous énumérer tout

à l'heure dans la mélancolie en général ; mais, cependant, il y en a quelques uns qui sont propres à cette forme de maladie : par exemple, les sensations de vide à la tête, de vacuité, de compression des tempes, la sensation d'étau qui comprime les tempes latéralement, et surtout une sensation qu'on appelle <u>l'anxiété précordiale</u>, c'est à dire un poids, une angoisse sur la région

de l'épigastre, deux choses qui du_
rent tout le temps de la maladie.
La plupart des mélancoliques anxieux
ont cette vacuité de la tête, la
compression des tempes et l'anxiété
précordiale, une sorte de griffe, une
sorte de poids qui existe à l'é_
pigastre, au niveau du coeur et
de l'estomac, et qui est extrê_
mement pénible et douloureux
pour les malades et dont, très
souvent, ils se plaignent avec
une très grande anxiété.

Ils ont l'angoisse physique en
même temps que l'angoisse mor[ale.]
De plus, ils éprouvent souvent to[us]
ces phénomènes de névralgies et
d'anesthésie, et d'hyperesthésie,
de contracture, dont je vous par-
lais tout à l'heure, à propos
des mélancoliques en général.
En outre, ces malades ont sou-
vent des tremblements, des ac-
cès de tremblement, de trembl[e-]
ment général, qui indiquent le

summum de leurs accès ; quand ils arrivent à gémir, à se plaindre d'une manière exagérée, à pousser des cris, des lamentations, presque des hurlements de désespoir, il y a, en même temps, un phénomène de tremblement général qui est très caractéristique et qui indique le summum de l'accès. C'est un phénomène physique à ajouter à tous les autres dont je viens de vous parler. Ils ont, de plus, des al-

pérations des fonctions digestives, circulatoires, respiratoires et autres dont je vous parlais tout à l'heure et qui appartiennent à tous les mélancoliques. Cette forme de maladie, cette variété de mélancolie a une marche particulière, tantôt elle succède à l'hypocondrie et n'est alors qu'une transformation de la névrose. C'est un des cas les plus rares mais qui mérite d'être étudié

L'hypocondrie, comme vous le savez, est une névrose dont les anciens ont placé le siége dans les organes sous-diaphragmatiques, ou dans le système nerveux ganglionnaire; que les modernes, entre autres l'école de Pinel et d'Esquirol, ont placé dans le cerveau exclusivement. Mais, quelque soit le siége assigné par les auteurs, cette maladie est très caractérisée, elle consiste dans des phénomènes généraux de sensibilité altérée, que les malades

interprètent et où ils croient voir la preuve d'une maladie grave. Les malades s'imaginent être atteints de phthisie, d'une maladie de cœur, ~~de phthisie~~, de syphilis, d'une maladie grave quelconque et ils sont tellement préoccupés de leur état maladif qu'ils vont constamment ~~préoccuper~~ consulter les médecins, lisent des ouvrages de médecine, et qu'ils passent leur vie à se traiter, à changer de traitement, à critiquer le trai

-sement auxquels ils étaient sou-mis, à en chercher de nouveaux. En un mot, ils sont un fléau pour le médecin et pour leur famille. Mais, jusque là, ce sont des hypocondriaques seulement, la maladie ne dépasse pas la mesure. Le malade se croit atteint d'une maladie grave, mais il n'a pas d'autres conceptions délirantes. Eh bien, l'observation montre que, dans quelques cas, la maladie marche et franchit les limites

de la maladie mentale. Les hypocondriaques se transforment soit en mélancoliques anxieux, soit en mélancoliques persécutés. Je vous signalerai ce mode de début également du délire de persécution. Il en est qui passent à la mélancolie anxieuse qui, après s'être crus gravement atteints, gravement malades, s'accusent eux-mêmes, se reprochent des crimes imaginaires, arrivent, en un mot, à avoir des

conceptions délirantes de la mélancolie anxieuse. D'autres, au contraire, plus fréquemment, se rassent au délire d'empoisonnement, au délire de persécution. C'est là un des modes de début de la mélancolie anxieuse. Mais il en est d'autres ; en général cette maladie a un début spontané ; elle débute même assez rapidement. C'est souvent à l'âge critique que les femmes éprouvent cette mélancolie, mais elles l'ont éprouvée

également à d'autres époques de leur vie ; cette maladie, comme je vous le disais tout à l'heure se produit sous forme d'accès. C'est une maladie essentiellement intermittente. Les accès sont très longs et peuvent se reproduire plusieurs fois dans la vie. C'est là un des caractères particuliers de la mélancolie anxieuse. Dans d'autres cas enfin, (car j'ai hâte d'arriver à la se-

conde variété, le temps me presse), dans d'autres cas, la maladie passe à l'état chronique, après avoir existé pendant très longtemps au degré que je viens de vous indiquer, c'est à dire au degré de lamentations, de gémissements. Elle transforme tardivement, mais assez fréquemment, en délire de négation. Mr le docteur Cottard a fait un petit mémoire qui mériterait d'être developpé mais dont l'idée fondamentale

est très vraie : c'est que la mélan-
colie anxieuse passant à l'état
chronique après plusieurs années
d'existence, se transforme sou-
vent en délire de négation. Ce
mot n'indique pas très claire-
ment la pensée qui a besoin
d'être développée. Ces malades
croient à une transformation
de leur personnalité ; ils se chan
gés, ils ne sont plus eux-mê
mes, ils ont cessé d'exister.

Ils déclarent eux-mêmes qu'ils sont morts, qu'ils sont des morts-vivants, que rien n'existe autour d'eux, qu'eux-mêmes ont cessé d'exister. C'est une forme de délire qu'on trouve dans la paralysie générale, mais qui se produit également comme période chronique de la mélancolie anxieuse. Ce sont des malades dont nous avons plusieurs exemples dans notre service, et un entre autres, une femme que je vous ai mon-

trée dernièrement, qui a ce délire extrêmement caractérisé ; elle est disloquée, elle n'a plus de tête, elle n'a plus de cerveau, elle n'a plus d'estomac, elle n'existe plu[s] tous ses organes sont transformé[s] elle est vivante et rien n'existe autour d'elle. Beaucoup de ce[s] malades arrivent à la négation absolue, c'est à dire que, quand on affirme une chose devant eux, ils la nient. On dit qu'i[l] fait jour, ils soutiennent qu'il

fait nuit. On affirme que telle ou telle chose existe, ils déclarent que rien n'existe, que tout cela est faux, qu'il n'y a pas d'arbres, qu'il n'y a pas de maisons, en un mot, rien n'existe. Ils nient toutes les affirmations que l'on fait devant eux. C'est une forme de délire ordinairement très grave et presque toujours incurable. Cependant il y a quelques exemples de guérison de la mélancolie anxieuse même

arrivée à ce degré extrême de chronicité. Mais il est bon de signaler cette première terminaison de la mélancolie anxieuse qui est pour elle ce que le délire de grandeur est pour le délire de persécution. De même qu'à la dernière période du délire de persécution, on voit survenir ce qu'on a appelé la mégaloma[nie] c'est à dire des idées de gran[-]deur caractérisées dont je vous parlerai plus tard, de même

à la suite d'une mélancolie anxieuse, on voit survenir souvent, à la période chronique, le délire de négation. Le temps me presse et j'arrive à la seconde ~~période~~ variété de la mélancolie : la mélancolie dépressive avec stupeur.

La mélancolie dépressive est la véritable mélancolie. C'est elle qui est conforme aux descriptions qu'on a faites des mélancolies. Ces malades sont inertes, immobiles, muets. Ils restent

des heures entières assis sur une
chaise ou sur un fauteuil, ou
bien ils séjournent au lit ; ils
sont dans l'immobilité, dans
l'affaissement le plus complet,
le plus absolu. C'est là le pre-
mier degré de la mélancolie dé-
pressive. Ce degré existe sou-
vent comme période mélancoli-
que de la folie circulaire ou à
double forme. Dans d'autres cas
il constitue, par lui-même,

une maladie spéciale sous forme d'accès, qui ne dépasse pas cette limite de l'affaissement pur et simple, de l'abattement, de la prostration physique et morale. Mais, dans beaucoup d'autres circonstances, la maladie progresse, et, de cet état de simple dépression, elle arrive à divers degrés de stupeur. Les malades alors, sont, non seulement inertes, mais absolument muets, transformés

en statues, immobilisés, pétrifiés.
Ils ne bougent pas de la place
qu'ils occupent, ils ne font pas
un mouvement volontaire, on
est obligé de les faire marcher,
de les habiller, de les faire mo
voir en tous sens ; très souven
ils refusent les aliments et
l'on est obligé de les nourrir
artificiellement avec la sonde, p
dant des mois entiers ; ils son
dans un état de stupeur. D'a

tres fois ils mangent avec vivacité, mais ils mangent parce qu'on les fait manger. Si on ne leur présentait pas les aliments, ils ne seraient pas capables, eux-mêmes, d'aller au devant et de les rechercher; ils se laisseraient mourir de faim plutôt que de chercher les aliments; ils sont, en un mot, inertes, à l'état de stupeur. Cette stupeur peut exister à plusieurs degrés. Il y a des malades qui sont muets et immobiles, et qui, cependant,

assistent à tous les faits du monde extérieur. C'est ce que l'on voit souvent dans la période mélancolique de la folie circulaire. Lorsque, plus tard, les malades se réveillent, ils racontent tout ce qu'ils ont vu et entendu pendant qu'ils étaient dans l'affaissement et dans la tor-peur. Mais, chez d'autres, la séparation du monde exté-rieur est plus complète et

la stupeur est plus absolue. Les malades alors n'ont aucune conscience du monde extérieur, vivent dans un état de rêve, de cauchemard et sont tout à fait étrangers au monde qui les entoure ; ils n'ont presque aucun souvenir, quand ils arrivent à la guérison, de ce qui s'est passé autour d'eux. C'est là le degré extrême de la stupeur. On a discuté pour savoir si la stupeur pouvait

arriver jusqu'à la suppression,

la suspension complète des facul-

tés intellectuelles. Quelques au-

teurs, et surtout les auteurs

les plus anciens : Georget, Ferru[s]

Détoc de Massy et d'autres,

ont soutenu que, dans ce cas,

il y avait une véritable stu-

pidité, c'est à dire suspen-

tion complète du mouvement

intellectuel. Mais M. Bail[larger]

en 1843, a publié un mémoire

extrêmement intéressant, avec beaucoup d'observations à l'appui ; et, dans ce mémoire, il a modifié l'opinion ancienne. Il a établi que la plupart de ces malades qui paraissent être dans un état de stupidité, ne sont, en réalité, que dans un état de stupeur, c'est à dire de suspension de rapports avec le monde extérieur, mais ont un délire intérieur, un délire intérieur qui a très peu de ma-

nifestations, puisque les malades n
parlent pas et n'agissent pas ;
mais cependant, M. Baillarger a
démontré, par des observations trè
probantes, que ces malades ont
quelquefois des actes instantanés
automatiques qui dénotent le
délire intérieur. Beaucoup de
ces malades, en effet, qui sont
ordinairement assis sur une cha
ou dans un fauteuil, dans l'im
mobilité et le mutisme, ont de

impulsions subites, cassent un verre, une assiette, donnent un soufflet à une personne présente, cassent des carreaux, se livrent à des actes singuliers, extraordinaires, qui sont l'effet d'une conception délirante. Il leur échappe quelquefois certains mots caractéristiques indiquant qu'ils sont dominés par des voix, par des hallucinations de la vue ou de l'ouïe ou par des conceptions délirantes

terrifiantes. Plus tard, (c'est le fait sur lequel M. Baillarger a surtout insisté) lorsque ces malades guérissent (et ils guérissent souvent) les convalescents racontent ce qu'ils ont éprouvé pendant la maladie, et ils font alors connaître à l'observateur le délire intérieur qui les dominait et qui les immobilisait. Souvent ces malades s'imaginent être dans des catacom

dans des tombeaux, dans des grottes, dans des endroits perdus. Ils sont dominés par des fantômes, par des voix terrifiantes qui leur impose le silence et l'immobilité. Ils obéissent à ces voix et ce sont elles qui contribuent à les immobiliser et à les terrifier. Le délire intérieur est souvent très actif. Il représente une sorte de rêve, de cauchemard des plus pénibles, que le malade raconte après sa guérison, pendant sa convalescence et qui prouve

que le mouvement actuel n'est pas absolument suspendu pendant cette période si longue de la maladie. Il est donc admis aujourd'hui, en général, que la plupart des malades atteints de mélancolie avec stupeur ont encore un mouvement intellectuel intérieur qui porte sur des idées effrayantes, sur des idées tristes, sur des idées terrifiantes et que le mouvement de la pensée n'est

pas absolument suspendu. Dans quelques cas rares cependant on peut admettre qu'il y a suspension complète de l'intelligence; et, dans ces cas, l'opinion ancienne reprend ses droits et reprend sa vérité au point de vue de l'observation clinique. La mélancolie avec stupeur est une maladie très lente dans son évolution et dans son développement. Elle a une étiologie particulière, une anatomie pathologique également particulière et une

marche spéciale. L'étiologie est, en effet, spéciale. Ces malades tombent dans la stupeur ordinairement, à la suite de trois causes différentes. Tantot c'est à la suite d'une cause morale, à la suite d'une émotion très vive de joie ou de tristesse, à la suite d'un commotion ~~cérébrale~~ morale. C'es souvent là une cause détermina pour cette variété de mélancol On a cité un très grand nombre d'exemples dans les auteurs

Dans d'autres cas, cette maladie succède à des maladies aigües, à des maladies de l'organisme, elle a une origine somatique, elle succède à des fièvres paludéennes, à des fièvres intermittentes, à des fièvres typhoïdes, à des varioles, à diverses maladies aigües. Souvent c'est à l'âge de puberté qu'on voit survenir cet état de mélancolie avec stupeur, qui peut durer pendant plusieurs années, et même ne jamais guérir

Cette maladie succède donc, soit
à des causes morales, soit à un
maladie aigüe. Dans d'autres ca
elle se produit spontanément, ma
elle succède à une mélancolie si
ple, à une mélancolie sans déli
Les malades commencent par êt
dans l'affaissement, dans la
prostration, dans l'état que je
vous décrivais tout à l'heure
et peu à peu, l'affaissement, la
prostration augmentent de degré
et arrive progressivement et lent

jusqu'au degré de la stupeur. Il y a donc trois modes de début, d'étiologie, pour cet état spécial de mélancolie avec stupeur.

Dans d'autres cas, la maladie succède à des névroses, elle succède à l'épilepsie ou à l'hystérie. Ce mode de génération est très intéressant à étudier et mériterait de devenir l'objet d'une description spéciale. Le docteur Morel, dans ses études cliniques et dans son livre, a insisté

avec raison sur cette transformati[on]
particulière à l'hystérie. Nous av[ons]
tous les jours dans nos services
des aliénés, de jeunes malades q[ui]
sont dans ce cas. Elles commen[-]
cent par avoir des attaques d'[hys-]
térie plus ou moins caractérisées
ou des symptômes hystériformes
très marqués; elles commencent
par une névrose. Peu à peu, ce[tte]
névrose se transforme en état m[a-]
niaque, en agitation maniaque
intense, violente, de délire aig[u]

et, à la suite de cet état de délire aigu, qui a lieu ordinairement à l'époque de la puberté ou peu de temps après, la malade tombe peu à peu dans la stupeur, une stupeur profonde accompagnée d'actes violents et instinctifs, accompagnée souvent d'incontinence d'urine, de gâtisme, et, en même temps, de salivation. La plupart de ces malades, à l'époque où ils se transforment, ont une salivation très abondante qui

est du plus mauvais augure pour
l'avenir. Ces hystériques transfor-
més en maniaques avec saliva-
tion, avec actes violents et instin-
tifs, sont, en général, des hys-
tériques condamnés à la stu-
peur, à la stupidité pour le reste
de leur vie. Elles tombent dans
une démence précoce, dans un
état de stupeur et de stupidité
qui, le plus souvent, n'est pas
curable. Il y a donc à distin-

quer beaucoup dans la marche de la mélancolie avec stupeur, ses origines et ses causes car, lorsque cette mélancolie naît spontanément, à la suite d'une cause morale ou à la suite d'une simple mélancolie dépressive, elle est généralement curable, quelque lente que soit la marche et la durée de la maladie ; dans le cas, au contraire, où elle succède à la fièvre typhoïde ou

à l'hystérie, elle est presque toujours incurable. C'est une erreur de croire que les maladies mentales qui succèdent à la fièvre typhoïde sont curables. Ceci peut être vrai du délire typhoïde proprement dit, que l'on observe dans les hopitaux et dans la pratique civile, mais les folies chroniques qui ont succédé à la fièvre typhoïde sont très souvent incurables. Il en est de même

de la démence précoce qui succède à l'hystérie chez les jeunes filles de 15 à 25 ans. Ces faits-là sont très importants à connaître pour le pronostic de la mélancolie avec stupeur. Les symptômes physiques de cette mélancolie sont très caractérisés; les malades ont ordinairement la circulation très ralentie, leurs extrémités froides et œdématiées et la lenteur de la circulation est telle que, quelquefois les jambes et les bras sont

gonflées et immobilisées, presque con-
tracturés par une immobilité prolon-
gée. Dans d'autres cas, il y a
des phénomènes très caractéristiq[ues]
de raideur et même des phénomèn[es]
de catalepsie passagers. Aussi a-
t-on souvent confondu la mélan-
colie avec stupeur avec la catalep-
sie, mais la confusion n'est pas
possible pour un observateur
attentif et la catalepsie, en effe[t]
a pour caractère principal l'im-
mobilisation des membres dans

une position donnée, avec une certaine raideur, ce que l'on a appelé la charnière rouillée; le membre non-seulement est immobilisé, mais il est raidi dans la position où on l'a placé. Il peut être déplacé par un mouvement extérieur, mais il y a de la raideur, il y a une demi-contracture dans l'immobilité. Ce phénomène n'existe pas à ce degré d'une manière continue, dans la mélancolie avec stupeur. D'autre part, la catalep-

est une maladie qui se produit sous forme d'accès plus ou moins longs, avec des intermittences variées; il n'en est pas de même de la mélancolie avec stupeur qui continue dans sa marche sans interruption. On a souvent cité des exemples de mélancolie avec stupeur prises pour des catalepsies. Il y a quelques années Mr Legrand Du Saulle a publié un fait très interessant et dans lequel la confusion n'a pas été

faite, relatif à un malade qu'on a appelé : le dormeur de Bicêtre, qui, à la suite d'une mélancolie ordinaire, est tombé dans une mélancolie avec stupeur très prolongée, qui a duré pendant des mois, et dont M. Legrand Du Saulle a publié des observations très intéressantes. Il a établi, dans ce cas, le diagnostic différentiel entre la catalepsie vraie et la mélancolie avec stupeur des plus prononcées. La mélancolie anxieuse, vous disais-je, est sou-

vent curable. Il faut donc distinguer les cas dans lesquels elle persiste pendant plusieurs années, et ceux où elle guérit, qui sont les plus fréquents; mais elle ne guérit souvent qu'après un très long temps. Cette maladie peut durer plusieurs années. On a vu des exemples de guérison même après 10 ou 12 ans de durée de la maladie. On ne doit donc pas désespérer de sa curabilité, surtout quand elle ne suc-

cède pas à l'hystérie ou à la fièvre typhoïde. Aussi a-t-on employé contre elle les moyens thérapeutiques les plus énergiques. On a employé contre cette maladie le cautère actuel, les moxas, tous les révulsifs cutanés, l'électricité, l'hydrothérapie, les moyens les plus énergiques, les plus violents, qui agissent sur le système nerveux tout entier. On a employé également les injections hypodermiques, mais sans succès. C'est pour la mé-

lancolie anxieuse qu'il faut réser-
ver ce mode de traitement. Mais
dans beaucoup de cas, l'hydrothé-
rapie très énergique, très longue-
ment continuée, l'électricité, les
révulsifs cutanés, même les révul-
sifs sur la tête, comme le tartre
stibié en friction, ont réussi et
ont produit la guérison de
mélancolies avec stupeur d'une
date déjà très ancienne. On
ne doit donc pas renoncer à
la thérapeutique et on ne doit

jamais désespérer de la curabilité de ces malades, surtout dans les cas dont je viens de parler. Cette maladie est essentiellement continue dans sa marche, elle n'est ni rémittente ni intermittente. Quand un malade est arrivé à ce degré de mélancolie avec stupeur, il reste à peu près dans le même état, à quelques différences près, souvent le moment où on l'observe, on le retrouve souvent un an après dans la même situation où on

l'a laissé. C'est une maladie très lente et continue dans sa marche. Il y a sans doute quelques différences de degré suivant les moments, mais ces différences sont peu sensibles. C'est donc une maladie à marche lente et continue, et c'est sur ce fait que je veux insister en terminant, pour vous montrer combien ces distinctions cliniques sont vraies et naturelles, puisque la

mélancolie anxieuse est une maladie ordinairement intermittente se produisant sous forme d'accès, la mélancolie dépressive aboutissant à la stupeur est une maladie continue, mais ordinairement curable, tandis que la mélancolie avec idées de persécution est une maladie essentiellement rémittente, comme je vous le dirai dans la prochaine séance, est une maladie qui dure toute la vie; alors

même qu'elle paraît guérie, alors même que les malades rentrent dans la société, dissimulent leur délire et ne manifestent pas leurs idées délirantes, il y a toujours un fond persistant de la maladie qui se réveille, à un moment, sous forme d'accès. Le délire de persécution, quelque lent qu'il soit dans sa marche, est toujours rémittent et se produit sous forme d'accès, ce qu'on ne sait pas assez. Ordinairement,

On croit que les persécutés sont toujours semblables à eux-mêmes. Or, ils sont très différents selon les époque; ayant des accès, puis ayant des rémissions extrêmement prolongées; ils peuvent être pendant plusieurs mois, quelquefois pendant plusieurs années, dans un état relativement satisfaisant; on peut alors méconnaître le délire et les considérer comme guéris; mais un jour ou l'autre l'accès revient et les ma_

lades vous avouent que, pendant la rémission, ils avaient les mêmes sentiments, les mêmes conceptions, mais qu'ils avaient la force de les dissimuler. Ainsi, ces trois variétés de mélancolie ne sont pas seulement caractérisées par un ensemble très net de symptômes physiques, intellectuels et moraux; elles sont caractérisées également par une marche particulière; il y a une évolu-

tion spéciale attachée à chacune de ces variétés. Le délire de persécution est continu, mais très rémittent, la mélancolie anxieuse est intermittente et se produit sous forme d'accès, la mélancolie dépressive avec stupeur est continue, très lente dans sa marche, et aboutit souvent à la guérison. Il y a donc une marche, une évolution particulière que l'on peut rattacher

à ces diverses variétés morbides.
C'est là le criterium qui indique
que ce sont des formes vraiment
naturelles, méritant d'être décrites
séparément; tandis que les variétés
que l'on admet dans la classifi-
cation ~~naturelle~~ actuelle, qui sont
basées sur des idées délirantes ou
sur les actes dominants n'ont
aucune marche déterminée. Ces ma-
ladies guérissent ou ne guérissent
pas, sont rémittentes ou intermit-

tentes. Il n'y a aucune marche par-
ticulière, liée à l'état morbide,
décrite dans les ouvrages d'Esquirol
et de ses successeurs. On ne peut
pas rattacher une marche détermi-
née à la mélancolie ni à la ma-
nie d'Esquirol. La mélancolie
guérit ou ne guérit pas, la ma-
nie guérit ou ne guérit pas, elle
est rémittente ou intermittente
à volonté. Il n'y a pas de règle,
il n'y a pas de loi, il n'y

a pas de pronostic possible à baser sur cette description des formes morbides, telles qu'elles existent dans la science actuelle; tandis que, dans la forme nouvelle, dans celle que nous cherchons à établir aujourd'hui, on peut rattacher une marche particulière à un ensemble de symptômes physiques et moraux, ce qui est le vrai criterium de la méthode nouvelle.

Dans la prochaine séance, je

je décrirai, avec beaucoup de détails, et aussi rapidement que possible, le délire de persécution dans ses diverses périodes. J'aurai encore ensuite deux autres leçons pendant le mois de décembre. La leçon suivante sera consacrée aux folies héréditaires avec leurs diverses variétés, et la dernière séance, aux folies avec conscience ou délires émotifs, c'est à dire aux formes de délire qui

sont liées à la conscience de l'état maladif. Ce sont des états qui sont également héréditaires, mais qui méritent une description particulière, comme variétés de la folie héréditaire.

(Applaudissements)

---

13 Novembre 1885

Messieurs,

Dans l'ordre que j'ai adopté cette année, pour vous exposer l'histoire de quelques formes de maladies mentales, je suis arrivé aujourd'hui à la description du délire de persécution.

Dans la dernière séance, j'ai insisté sur plusieurs variétés

de la mélancolie : la mélancolie anxieuse, la mélancolie dépressive ou avec stupeur, la mélancolie avec conscience. Je vous ai dit que la mélancolie, telle que la comprenait l'école de Pinel et d'Esquirol, était un groupe de maladies mentales extrêmement vaste, très étendu, comprenant un très grand nombre de maladies et qu'il importait de diviser en plusieurs groupes

qui sont eux-mêmes très importants et très considérables. J'ai adopté provisoirement cette classification, cette division de la mélancolie en quatre groupes. Dans la dernière séance, j'ai décrit rapidement les trois premières variétés. Aujourd'hui, il me reste à consacrer la leçon à l'étude de la variété la plus importante, la plus considérable, c'est à dire la variété à la-

quelle on a donné le nom de délire de persécution. Ce nom est entré récemment dans la science. Il est même remarquable que le mot de persécution ne se trouve pas dans Esquirol. Il peut se rencontrer dans quelques observations particulières publiées par cet auteur, parce que les malades l'emploient et qu'un observateur exact et clinicien, il a noté

les paroles prononcées par les malades eux-mêmes, mais dogmatiquement, il n'a pas employé le mot de délire de persécution. Pour Esquirol, la mélancolie est caractérisée surtout par trois grands faits. La tristesse, la crainte et la défiance. Ce sont les mots dont Esquirol se sert constamment pour décrire la mélan-

colie. Or, chose remarquable à dire en passant, c'est que ces trois mots correspondent à peu près aux trois principales divisions de la mélancolie dont je vous ai parlé. Le mot de tristesse correspond à la mélancolie dépressive, à la mélancolie triste, arrivant à divers degrés de la stupeur; le mot de crainte correspond précisé-

ment à la mélancolie anxieuse, à cette anxiété, à cette crainte vague qui s'applique à tous les objets et qui est le fond de cette variété de maladie mentale et enfin le mot de défiance est précisément le mot qui résume le mieux la tendance aux idées de persécution. Vous voyez donc qu'en se servant des termes philosophiques empruntés à la description du caractère normal de l'homme, Esquirol

se trouve avoir implicitement in-
diqué la description de la ma-
ladie sur laquelle j'ai insisté
dans la dernière séance. M.
Baillarger a cherché à faire une
correction importante à la clas-
sification de ses maîtres : il a
admis deux espèces de mé-
lancolie : la mélancolie géné-
rale qu'il a fait passer dans
le délire général avec la
manie et la mélancolie ac-

tive ou monomanie triste qu'il a maintenue dans le délire partiel. Or, cette mélancolie triste, ou mélancolie active, correspond précisément au délire de persécution dont j'ai à vous parler aujourd'hui. Le mot de délire de persécution a été introduit dans la science, pour la première fois, par le travail de M. Lasègue, en 1852.

C'est le professeur Lasègue qui,

dans son mémoire très court, mais très substantiel, a, le premier, séparé le délire de persécution des autres variétés de la mélancolie. Cette description est extrêmement exacte, intéressante; malheureusement le mémoire est très court et, plus tard, dans ses rapports de médecine légale et dans divers travaux publiés par lui, dans d'autres qui sont restés inédits, le professeur

Lasègue a modifié et complété l'histoire du délire de persécution, qu'il a, du reste, plusieurs fois faite dans ses leçons orales et qui, malheureusement, n'est pas consignée dans ses écrits. Plus tard, M. Legrand du Saulle a publié une monographie sur le délire de persécution. Il a cherché à décrire cette maladie sous une forme magistrale, sous une forme générale, en indiquant la plupart des caractères principaux qui

servent à l'établir. Depuis cette époque, ce mot de délire de persécution s'est introduit en quelque sorte subrepticement dans la science. Il est entré dans la description, il est entré dans les traités, dans les ouvrages, dans les mémoires, en quelque sorte à l'insu des auteurs qui l'employaient, et il s'est introduit comme furtivement dans ~~la~~ scien[ce].
Aujourd'hui, il est admis par

tout le monde, tout le monde se sert de cette expression sans savoir d'où elle vient, ni sans savoir exactement les limites qu'il faut lui assigner. Ainsi, en Angleterre, en Allemagne, en France, dans tous les pays, on décrit le délire de persécution sans bien préciser les limites qui doivent lui être assignés. On abuse souvent même, de ce terme, et aujourd'hui, dans le langage courant,

2. dans le langage vulgaire, on emploie le mot de délire de persécution, et on l'applique à des variétés de mélancolie qui ne comportent pas cette définition. Il importe donc de décrire soigneusement cette espèce particulière de maladie mentale, pour chercher à mieux préciser ses limites et son extension, ne pas l'appliquer, par exempl

à la mélancolie anxieuse, comme le font trop souvent certains médecins, et même des médecins spécialistes qui donnent le nom de délire de persécution aux craintes qui préoccupent les mélancoliques anxieux. Les idées de persécution existent, en effet, dans beaucoup de formes de maladies mentales ; on les trouve dans certaines ~~fo~~ variétés de la manie ; il y a des malades atteints de délire général avec exci

tation qui expriment, de temps en temps, les idées de persécution. Il en est de même de beaucoup d'autres formes de maladies mentales : des démences séniles, par exemple. Il y a beaucoup de malades atteints de démence sénile, qui ont des idées de persécution. Ces idées existent surtout dans l'alcoolisme où elles sont dominantes. J'insisterai tout à l'heure sur le

diagnostic différentiel ... Enfin, elles se produisent dans beaucoup de cas et de variétés de maladies mentales, mais elles se produisent d'une manière accessoire, secondaire, accidentelle, et ne constituent pas le fond même de la maladie. Il importe donc beaucoup d'éliminer les cas d'idées de persécution qui ne constituent pas une forme spéciale de mala_

die, et de décrire le délire de persécution essentiel, comme forme distincte et spéciale. C'est ce que je vais chercher à faire aujourd'hui sous une forme rapide, car il est difficile de le faire complètement en une seule leçon.

Quand on étudie attentivement les antécédents des malades atteints de délire de persécution, on s'aperçoit que, presque toujours, pour ne pas dire tou

jours. cette maladie remonte très haut dans l'histoire des individus qui en sont atteints. Quelquefois il faut remonter jusqu'à l'enfance pour trouver les premières traces de cette disposition maladive. On voit, en effet, souvent dans les collèges, dans les pensions, dans les familles, des enfants, des jeunes gens arrivés à l'époque de la puberté, qui commencent déjà à présenter

les dispositions qui, plus tard,
s'accentueront davantage et
deviendront de véritables disposi-
tions morbides. Ces individus
ont, général, un caractère tris[te]
un caractère défiant, soupçonne[ux]
une disposition à s'isoler, à s[e]
tenir à l'écart, à ne pas par-
ticiper aux jeux, aux dis-
tractions de leur âge, à ne
pas établir de liens sociaux
avec leurs camarades, à se

-venir complètement isolés, à l'écart, à vivre, en un mot, d'une manière différente de la plupart des jeunes gens de leur âge. Ces dispositions existent très fréquemment dans l'enfance et dans l'adolescence des individus qui, plus tard, seront atteints du délire de persécution. Ces caractères de tristesse, de défiance, de soupçon, s'accentuent de plus en plus

et quand ces enfants deviennent
des adultes, quand, plus tard,
ils deviendront des hommes, ils
manifestent les mêmes disposi-
tions à un plus haut degré.
Ainsi, on rencontre souvent, dan[s]
le monde, ou dans la société,
en général, des individus qui
sont tristes, isolés, qui vivent
à l'écart, qui soupçonnent leur[s]
amis, qui n'établissent pas

facilement de rapports sociaux, qui sont disposés à vivre seul, à vivre à l'écart, dans la solitude, en dehors du mouvement général de leurs contemporains ou de leurs camarades. Ces dispositions ne sont pas encore la maladie ; ce sont des travers de caractère, des tendances qui ne peuvent pas être considérées comme morbides, mais qui sont les premiers linéaments, des

premières dispositions fondamentales qui, plus tard, servent souvent de base à un véritable délire. Il est donc très difficile d'éta-blir exactement la limite, d'é-tablir exactement le moment où ces caractères spéciaux de la mélancolie se transforment peu à peu en véritables carac-tères morbides. Le professeur Lasègue qui avait cependant

très longtemps admis deux espèces d'origines et d'étiologies de maladies mentales, l'origine psychologique et l'origine somatique, est arrivé peu à peu, vers la fin de sa vie, à admettre que, dans toutes les maladies mentales sans exception, même dans celles dont la génération psychologique paraissait la plus évidente

il y avait toujours un moment, une époque où des symptômes somatiques évidents se produisaient, ce qu'il appelait une espèce d'ictus, un moment où le malade éprouvait des symptômes cérébraux subits, rapides, des étourdissements, des vertiges, des phénomènes de transformation rapides et subits, auquel il avait donné

le nom de vertige mental et d'ictus cérébral. Il soutenait et, souvent, démontrait par l'observation, que, lorsqu'on étudiait bien les antécédents des aliénés, on constatait un moment que le malade lui-même remontait avec précision ou qui était raconté par les personnes de son entourage, un moment dans lequel se produisait parfois d'une ma-

nière évidente, l'invasion de la maladie mentale ; un ictus cérébral, un vertige mental, un phénomène à la fois physique et moral, existait, selon lui, au début de toutes les folies, même lorsque la génération de la maladie paraissait due à une évolution principalement psychologique, alors que l'on passait, par transitions in-

sensibles, de la tristesse normale, à la tristesse pathologique. Quoiqu'il en soit de cette opinion, qui est souvent très exacte et très vraie, il est très difficile dans la pratique, dans l'observation, d'arriver à démontrer que cet ictus cérébral existe dans tous les cas, mais il est très fréquent, et il importe, et il importe toujours de le rechercher pour marquer

bien exactement le moment du début de la maladie, mais cette précision est très difficile à établir dans l'histoire du délire de persécution, et plus difficile que dans toutes les autres formes de maladies mentales. Cette maladie, en effet, s'introduit dans l'esprit humain sous une forme tellement souterraine, tellement inaperçue, tellement subreptice

en quelque sorte, qu'il est très dif-
ficile de fixer exactement l'époque
du début. Tout se passe dans le
for intérieur du malade, tout
se passe à l'intérieur dans l'in-
timité de la conscience, et sou-
vent aucune manifestation exté-
rieure, pendant quelques années,
ne vient dénoter, ni pour le
médecin, ni pour les personnes
de l'entourage, l'existence d'
une maladie mentale qui com-

mence à se former, à s'organiser
d'une façon très évidente à
l'intérieur même du malade.
Rien n'est donc difficile comm
l'étude des premiers linéamen
des premières périodes du déli
de persécution. On ne peut
arriver à les reconstituer, apr
coup, que par les aveux, les
confidences des malades et
par la confiance que le ma

lade peut témoigner au médecin. Or, ces malades sont souvent défiants ; peu communicatifs ; ils s'abstiennent de raconter ce qu'ils ont éprouvé dans les premières périodes de leur délire. Il y a, du reste, une remarque à faire : c'est que le début de la maladie peut se faire de deux manières différentes. Tantôt elle n'est qu'une transformation lente et successive

du caractère primitif de l'individu, comme je viens de vous le dire tout à l'heure; c'est là le mode de début de la maladie; tantôt, au contraire, elle procède, en quelque sorte, de l'hypocondrie.

Le docteur Morel, a insisté avec raison, dans son ouvrag sur ces débuts fréquents du délire de persécution. Beau.

coup de persécutés ont commencé par être hypocondriaques. Ce n'est pas le mode de début le plus fréquent, mais c'est un mode qui se produit assez souvent pour mériter de figurer dans la description générale. Les hypocondriaques commencent par accuser des sensations nerveuses dans toutes les parties du corps, dans tous les organes, comme les hypocon_

driaques atteints d'une simple névrose, et, peu à peu, ces sensations sont interprêtées par le délire et se transforment en véritables conceptions délirantes C'est ainsi que certains malades arrivent aux idées d'empoisonnement par des sensations gastriques. Ils commencent par éprouver des difficultés dans la digestion, des troubles variés des fonctions

de l'estomac ; peu à peu, au lieu de les attribuer à une maladie naturelle, ils les attribuent à des effets extérieurs, à des ennemis, à des substances nuisibles que l'on a introduites dans leurs aliments, ou bien dans l'air qu'ils respirent. C'est ainsi que les hypocondries se transforment en délire de persécution. Ce mode de génération

est assez fréquent pour mé-
riter de figurer dans l'histoire
de la maladie, mais, en gé-
néral, c'est par un procédé
plus psychologique que se pro-
duit le délire de persécution.
Les malades, comme je vous le
disais tout à l'heure, commen-
cent par être très défiants,
soupçonneux, par avoir un ca-
ractère inquiet, mélancolique.
Peu à peu, le caractère passe

passe à l'état maladif, mais il passe d'une façon presque insensible, inaperçue, et très difficile à étudier et à constater. Les malades se croient en butte à l'ironie aux moqueries, aux quolibets des personnes qui les entourent.

C'est ainsi, ordinairement, que commence la maladie. Ils croient quand ils circulent dans les rues, dans les places publiques,

dans la société, en général, ils croient qu'on s'occupe d'eux, qu'on parle mal d'eux, qu'on les insulte, qu'on les injurie, qu'on se moque de leur attitude, de leurs gestes, de leur manière d'être ; ils s'imaginent, quand des personnes parlent entre elles, sur leur passage, que ces personnes parlent d'eux, s'occupent de leurs préoccupations

C'est ce qui arrive le plus habituellement. Les malades interprètent ainsi, d'une façon maladive, et d'une façon erronée, tous les signes dont ils sont témoins, chez les personnes qui les entourent. Ils croient qu'on chuchote à leurs oreilles, que le monde parle d'eux, qu'on s'occupe d'eux, qu'on les tourne en ridicule. Et, souvent, cette disposition

venant à augmenter, les ma-
lades passent facilement à l'ac-
tion et manifestent leur irrita-
tion, leur colère, leur mécontente-
ment; vis-à-vis des personnes
qui les entourent. Mais le
plus souvent, tout se passe
dans le for intérieur. Le ma-
lade a honte, en quelque sorte,
de ces idées qui l'obsèdent,
qui le tourmentent incessam-

ment ; il n'ose pas les avouer, il craint d'être jugé malade, d'être jugé aliéné, et il se maintient avec une très grande fermeté, dans son for intérieur ; il n'ose pas manifester les idées qui le préoccupent et qui le tourmentent. Il s'écoule ainsi une très longue période, souvent plusieurs années pendant lesquelles les malades passent leur vie

à interpréter tous les faits les plus insignifiants qui se passent autour d'eux. Ils s'imaginent qu'on se moque d'eux, qu'on les regarde, qu'on les tourne en ridicule, et, cependant, ils ne manifestent pas leurs idées, ils n'osent les avouer à personne. C'est à peine si, dans quelques confidences isolées et partielles très rares, ils laissent

échapper leurs préoccupations déli-
rantes. C'est ainsi que se produit
presque toujours le délire de persé-
cution. Il se produit à l'état
latent, d'une manière souterraine
d'une manière inaperçue : aussi
est-il très difficile de préciser
l'époque de son début et la
longue durée de cette maladie.
Dans la première période, quand
les malades nous sont amenés

quand vous êtes appelé, par la première fois, à les observer, souvent les parents vous disent que la maladie remonte à six mois, un an, et la vérité est qu'elle remonte à plusieurs années, et même jusqu'à l'enfance. C'est une maladie qui a des fondements très profonds dans la constitution intellectuelle, physique et mo-

morale des individus qui en sont atteints. Quoiqu'il en soit, c'est plutôt par des actes extérieurs, par des manifestations passagères et accidentelles que commence à se montrer, là, d'une manière évidente, le délire de persécution. Ces malades se laissent aller, quelquefois, à répondre à des insultes imaginaires par des paroles vives, par des expres-

sions de mécontentement, et même par des actes violents; quelquefois ils menacent, ils injurient, ils donnent un soufflet ils se livrent à un acte extérieur très évident qui est la première manifestation de leur maladie aux yeux du public, aux yeux de ceux qui les entourent. D'un au[tre] coté ils prennent en grippe

leurs parents, leurs amis, les personnes avec lesquelles ils vivent, ils s'isolent de plus en plus, ils se tiennent à l'écart, ils vivent seuls, ils ne participent à aucune des distractions du monde, ni de leur situation sociale. Ils remplissent encore leurs fonctions, ils sont encore utiles dans la société, ils ne sont pas complètement isolés

dans la solitude absolue, mais ils se tiennent à l'écart autant que possible, et ils vivent d'une vie solitaire et très peu sociable. C'est ainsi que se passe souvent pendant plusieurs années la période du délire de persécution. Cette période peut être dénommée sous le nom de période d'interprétation délirante. A cette époque

les malades interprètent contre eux-mêmes tous les faits du monde extérieur. Ils se croient le centre de l'univers ; ils croient que tout le monde s'occupe d'eux, mais parle d'eux en mal, en les tournant en ridicule, en se moquant d'eux, en les injuriant ; ils sont très malheureux, très tristes, très soupçonneux, très défiants

Ils ruminent sans cesse, dans leur esprit, toutes ces préoccupations qui finissent par les dominer d'une façon presque exclusive. Ils peuvent alors à peine s'occuper, à peine lire, à peine travailler, à peine remplir tous les devoirs de leur profession et de leurs fonctions. Ils sont dominés constamment par ces préoccupations ma-

ladives qui les absorbent et qui les attristent. Ils croient que tout, autour d'eux, est dirigé contre leur personne, qu'on leur en veut, qu'on leur fait du mal, qu'on leur fait du mal, des taquineries. Ils emploient eux-mêmes cette expression. Ce sont des mots sur lesquels le professeur Lasègue a beaucoup insisté

dans son mémoire, qui sont, en effet, très souvent employés par les malades. Au lieu, comme le dit Lasègue, au lieu de se préoccuper des grandes passions de l'humanité, de la haine, de la vengeance, de la jalousie, de l'intérêt, de tous les sentiments qui pourraient diriger contre eux les actes des autres hommes, ces malades

se préoccupent de petits faits, de faits insignifiants. Et, chose remarquable, ce sont des faits qui remontent souvent à une époque éloignée. Quand des malades viennent se plaindre de leurs voisins, de leur entourage, de faits nuisibles exercés contre eux, ces faits ont presque toujours une date très ancienne; ce ne sont pas des faits de la veille, ni de

l'avant veille : ce sont des faits qui remontent à un an, dix-huit mois, quelquefois plusieurs années, des faits peu importants, des faits insignifiants qui sont passés inaperçus pour tout le monde, mais qui prennent, aux yeux des malades, des proportions extrêmement exagérées, qui deviennent les faits importants de leur vie. L'im-

terprétation porte donc, le plus souvent, sur des faits insignifiants, sur des misères, sur des taquineries et sur des faits de dates déjà ancienne. Ce sont les caractères de cette maladie qu'il importe beaucoup de signaler. Cette période d'interprétation délirante est extrêmement lente et très longue; elle dure souvent plusieurs années et pendant ce

temps, les malades continuent presque toujours de vivre de la vie sociale, en s'isolant d'ailleurs, et ne sont pas enfermés dans les asiles ; la plupart de ces malades restent en liberté pendant de longues années, à moins qu'il ne survienne quelques faits extérieurs qui les font enfermer prématurément. C'est ainsi que

quelques uns des ces malades provoquent en duel, donnent un soufflet dans la rue, insultent en public, font des menaces de mort, se livrent à des actes publiés qui souvent attirent l'attention sur eux et qui, souvent, les font enfermer soit dans les familles, soit dans les asiles. Dans d'autres circonstances, (c'est ce qui est le plus fréquent), ces malades changent

de domicile, renvoient leurs domestiques, entreprennent des déplacements dans la même ville ou font des voyages éloignés, quelquefois dans des pays étrangers. Le docteur Foville a insisté avec raison sur ces dispositions à faire des voyages, qui caractérisent souvent les malades à cette période. Ils ont le besoin de se soustraire à ces

influences nuisibles qui les entourent. Ils changent de maison, de domicile, d'hotel, de personnel. Ils se déplacent et, quelquefois, ils font des voyages, ils deviennent migrateurs; et, chose remarquable sur laquelle M.r Foville a insisté avec raison, souvent ces changements de domicile ou de localité, ont pour conséquence une amélioration momentanée du délire

ce qui semble, aux yeux du malade, une justification de ses craintes et de ses préoccupations. Il suffit souvent de se déplacer, de changer de localité, de milieu extérieur, pour obtenir une rémission passagère dans l'état maladif. Mais bientôt la maladie reprend ses droits, reprend son cours, et reprend avec une nouvelle intensité.

Cependant il s'écoule souvent plusieurs semaines et plusieurs mois d'amélioration et de rémission très prononcée, par suite d'un déplacement ou d'un changement dans le milieu extérieur. On voit des malades voyager à l'étranger, aller en Suisse, aller en Suède, aller en Allemagne, en Amérique, et se trouver beaucoup mieux pendant plusieurs mois, souvent pendant longtemps, avant que

la maladie reprenne son cours.
Dans d'autres circonstances (et c'est ce qui est le plus fréquent à Paris, par exemple) ces malades éprouvent le besoin de se plaindre, d'écrire des lettres aux autorités, aux magistrats, au commissaire de police, au président de la république, s'adressent à toutes les autorités pour se faire plaindre, pour chercher aide et protection

Et c'est ainsi, le plus souvent, qu'ils se font arrêter pour constater leur délire, et ils se mettent en quelque sorte eux-mêmes dans la souricière, ils se font prendre en allant se plaindre. Ils vont accuser les personnes qui les entourent, ils se plaignent des tortures auxquelles ils sont soumis, et on constate alors l'état d'aliénation mentale, et on les en-

ferme, tandis que d'autres malades dont le caractère est moins violent, dont le caractère est moins disposé aux récriminations et aux plaintes, peuvent vivre pendant des années, même dans de grandes villes comme Paris, isolés dans leur appartement, vivre d'une manière tout à fait spéciale, très singulière, mais n'attirant

pas l'attention des voisins, des autorités, et pouvant ainsi, rester en liberté pendant de longues années. Il y a, à Paris, un certain nombre de malades de ce genre qui ne sont pas enfermés, vivant d'une manière tout à fait extraordinaire, singulière, ridicule, grotesque, mais qui restent en liberté parce qu'ils n'attirent pas l'at-

tention de leur famille et de leurs voisins. Il y aurait un chapitre très interessant à faire, l'objet d'une monographie sur l'état des persécutés en liberté. Le plus souvent, c'est par des faits du ~~ce~~ genre de ceux que je viens de signaler que les malades sont arretés et conduits dans les asiles d'aliénés. C'est pour s'être plaints aux autorités, soit

par lettre, soit par dénonciation verbale, qu'on les conduit au dépôt de la préfecture, à Paris, par exemple, et qu'on les amène soit dans les maisons de santé, soit dans les asiles d'aliénés. C'est ordinairement à cette période, période d'état, période de maladie très caractérisée, que survient un nouveau phénomène très important, très caracté-

ristique ; c'est l'hallucination de l'ouïe. L'hallucination de l'ouïe est un fait dominant, dans le délire de persécution, excepté dans la variété dont je vous parlerai tout à l'heure. L'hallucination de l'ouïe se produit également sous une forme lente, successi[ve] et il est très difficile d'éta[-]blir le moment où elle s'est

produite pour la première fois. C'est, en quelque sorte, chez ces malades, une transformation des interprétations délirantes. C'est par la voie de l'illusion mentale que l'hallucination entre dans l'esprit des aliénés persécutés. Ils commencent par interpréter toutes les paroles qu'ils entendent autour d'eux, d'une façon distincte ou non. Ils croient qu'on parle

d'eux, qu'on chuchotte à leurs oreilles, qu'on prononce des paroles qu'ils interprètent; mais ce sont des paroles vraies, des paroles qu'ils entendent réellement, des mots isolés et, peu à peu, ce travail de l'esprit se continuant, la représentation mentale pour parler le langage des philosophes, se transforme en une hallucination de l'ouï

On commence par entendre des sons, des paroles même, et ces paroles peu à peu, se représentent de nouveau à l'esprit par l'imagination, par la mémoire, se représentent sous la forme de représentations mentales, comme les peintres qui font passer devant eux un tableau, ou les musiciens qui se reproduisent mentalement un son ou tout

un opéra. De même qu'à l'état normal, on a cette faculté de se représenter des sons, en l'absence de tout objet extérieur, eh bien, de même ces persécutés, après avoir entendu des paroles réelles, des mots réellement prononcés, finissent par les reproduire intérieurement par la pensée, par la mémoire. Ils arrivent, par cette voie de l'illusion, à l'hal-

lucination de l'ouïe. C'est ainsi que l'on peut expliquer psychologiquement, la production de l'hallucination de l'ouïe, chez beaucoup d'aliénés, et chez les persécutés en général. Quoiqu'il en soit, à cette seconde période, la période d'état du délire de persécution, l'hallucination de l'ouïe est encore un fait isolé; elle se compose de mots, de mots

très courts, de phrases très courtes, de mots qui sont toujours les mêmes, qui se reproduisent à divers moments chez les malades, et qui sont répétés plusieurs fois de suite, de manière à agacer, à irriter les malades. On leur répète des mots grossiers, des mots injurieux, des phrases très courtes, on leur dit : C'est lui, c'est elle

tue-le, tue-la. On leur donne des ordres sous une forme auditive extrêmement brève, extrêmement rapide; les mêmes mots, les mêmes phrases très courtes, sont incessamment répétés, fatiguent les malades et, souvent, les poussent à l'action, à des actes violents, à des menaces, ou même à des actes plus graves, de

suicide ou d'homicide. L'hal_
lucination de l'ouïe, quand elle
survient à cette période (et elle
survient presque toujours) devient
un élément très important
au point de vue des actes qu'
elle entraîne. Les voix sont
impératives et les malades
leur obéissent presque fatale-
ment. Ils hésitent longtemps,
ils cherchent les moyens de
se préserver eux-mêmes

entre la tentation qu'ils ont de passer à l'action ; mais un jour ou l'autre, ils sont exposés à y passer et à commettre un acte violent. Lorsqu'ils ont été enfermés préalablement, l'acte violent peut être évité. Mais dans d'autres circonstances, quand ils sont laissés en liberté, on voit ces malades accomplir des actes qui, souvent, les font condamner par les tri-

bunaux, parce qu'on ne reconnaît pas assez tôt l'existence de la maladie mentale. Dans d'autres circonstances, ils sont exonérés de l'action violente à laquelle ils se sont livrés, à cause de leur état mental. L'hallucination de l'ouïe est donc un élément très important dans l'histoire du délire de persécution. Elle est presque constante. Les

plupart des persécutés essentiels vrais, appartenant à cette classe ont des hallucinations de l'ouïe, seulement ces hallucinations de l'ouïe ont des caractères différents, selon les périodes où on les observe. A la première période, elles consistent dans des phrases isolées, dans des mots très courts, toujours les mêmes, des mots injurieux, des mots

grossiers, que l'on répète incessamment aux oreilles des malades, et qui les excitent, les portent à l'action : Plus tard, ces hallucinations se transforment, comme je vous le dirai tout à l'heure.

Les persécutés atteints de ces deux ordres de phénomènes : interprétation délirante et hallucination de l'ouïe sont alors arrivés à la période

d'état, à la période de maladie caractérisée, parfaitement établie, définie. C'est à cette époque qu'on les observe ordinairement quand ils entrent dans les asiles d'aliénés. La première période dont je parlais tout à l'heure échappe presque toujours à l'observation directe des médecins. La plupart des persécutés que nous voyons sous nos yeux

soit dans la clientèle privée, soit dans les asiles, ont ces deux ordres de phénomènes : interprétation délirante et hallucination de l'ouïe. C'est alors que se produit la période de systématisation, mais cette période est très lente elle-même dans son évolution. Mon père a insisté avec beaucoup de raison

dans ses ouvrages, sur les trois périodes de l'évolution de l'idée fixe. Je vous en ai dit quelques mots dans une précédente séance, je ne puis pas insister, mais je veux vous rappeler qu'il a parfaitement établi que la plupart des idées fixes chez les aliénés suivent une évolution successive, et ceci est surtout vrai des idées de

persécution : à la première période elles sont à l'état vague, à l'état de simple évaluation maladive. Le malade hésite entre plusieurs directions morbides ; il choisit, il repousse les idées alternativement avant de se fixer d'une manière définitive. Il y a là une période d'incubation ou d'élaboration des idées déli-rantes. Plus tard, le ma-

lade cherchant les causes de l'état singulier dans lequel il se trouve, des phénomènes morbides qu'il éprouve, en arrive peu à peu à chercher, à trouver des explications, et il concentre alors ces explications autour d'un fait principal qui devient son système et l'explication raisonnée de tous les phénomènes bizarres qu'il éprouve. C'est ce que l'on appelle

la systématisation du délire. Plus tard, enfin, à cette systématisation succède une dernière période dans laquelle le délire est complètement formé et véritablement stéréotypé, c'est à dire qu'il se reproduit sur les mêmes formes, dans les mêmes termes, il est raconté à tout venant avec les mêmes expressions. C'est la période chronique et

stéréotypée des maladies mentales.
Donc, trois périodes: période d'incubation, période de systématisation et enfin période de délire stéréotypée, parfaitement arrêté dans tous ses contours.
C'est ce que mon père a parfaitement établi et qui est un fait d'observation très exact et confirmé par tous les auteurs.
Eh bien, chez les persécutés, cette

systématisation est lente à se produire, mais elle se produit presque toujours, seulement elle se produit sous trois formes différentes. Il y a trois variétés de systématisation chez les persécutés. Dans certains cas, la maladie reste à l'état vague c'est, en quelque sorte, s'il n'y avait pas contradiction dans les termes mêmes, une

systématisation vague. Le malade n'arrive pas à déterminer exactement la cause des persécutions dont il est l'objet ; il reste à l'état d'interprétation générale ; il a des ennemis, il est entouré de personnes qui lui en veulent, il accuse le personnage anonyme; on. On le tourmente, on lui fait éprouver des misères, on le

taquine, <u>on</u> le torture, <u>on</u> lui veut du mal, on veut le tuer. Beaucoup de malades restent pendant des années même, à cette période de systématisation vague. Ils accusent des ennemis imaginaires, et ils ne peuvent pas préciser quels sont ces ennemis. Ils accusent le personnage <u>on</u>. C'est une forme de maladie qui appar

tient ordinairement, le plus souvent aux premières périodes du délire de persécution, mais qui peut se perpétuer pendant longtemps et quelquefois pendant plusieurs années. Mais, en général, c'est une période qui plus tard arrive à se préciser davantage. Le second mode de systématisation est celle que l'on peut appeler systématisa-

tion collective, c'est à dire qu'au lieu d'accuser des ennemis imaginaires, vagues et non précisés, les malades accusent des influences générales, occultes et mystérieuses. Au moyen âge, on accusait le diable, les influences démoniaques. C'était l'idée dominante en général. A notre époque, on accuse la police, les sociétés secrètes, les

Jésuites, les francs-maçons, les influences extérieures, le magnétisme, la physique, l'électricité. Aujourd'hui, on parle de téléphone, on parle de suggestions, on parle enfin des influences qui sont à l'ordre du jour. Mais, quel que soit le mode de précision, d'explication dont les malades se servent, c'est une accusation collective; ils sont tourmentés par des influences générales. C'est la police, ce sont

les sociétés secrètes, les francs-maçons, les jésuites, le magnétisme, la physique, qui les tourmentent et qui expliquent à leurs yeux toutes les sensations bizarres qu'ils éprouvent, tous les phénomènes dont ils sont victimes et dont ils souffrent jour et nuit. C'est là, la systématisation collective. La 3me systématisation qui est la plus dangereuse de toutes, qu'il importe

de spécifier, c'est la personnification du délire, c'est à dire qu'au lieu d'accuser des influences vagues, générales, insaisissables, impersonnelles en quelque sorte, le malade accuse telle personne ; il n'y a qu'un seul auteur de tous ses maux, un seul persécuteur ; c'est tel médecin, tel prêtre, tel homme avec lequel il a été en rapport, tel ami, tel parent, telle personne ; c'est sa femme, c'est son beau père, c'est

un ami intime, c'est telle personne, qui le persécute. Le professeur Lasègue a insisté avec beaucoup de raison sur cette variété de persécution. Au point de vue psychologique, c'est peut-être peu important, mais au point de vue pratique, cela a une très grande valeur ; cependant, même au point de vue psychologique, cette distinction est très vraie,

mais, au point de vue pratique, c'est tout à fait essentiel, et vous le comprenez aisément : le malade, au lieu de s'en prendre à des influences insaisissables, contre lesquelles il ne peut rien, s'en prend à telle personne, et alors de persécuté il devient persécuteur, comme l'a si bien dit Lasègue, ce malade poursuit incessamment la personne qu'il suppose être la cause de tous ses maux

cette personne étant en chair et en os, étant parfaitement détermi-née, il la poursuit de ses haines, de ses menaces, de ses vengeances de ses lettres, de ses réclamations incessantes, de ses plaintes, et souvent de ses actes violents. C'est dans ces cas surtout que l'internement des aliénés devient indispensable, parce que le persécuté devenu persécuteur ne laisse pas un moment de

reût à celui qu'il accuse de tous ses maux, il le poursuit partout et, un jour ou l'autre, il peut se livrer envers lui à des actes violents. Ce mode de systématisation délirante est le donc le plus dangereuse de tous, c'est celui sur lequel il importe d'attirer l'attention au point de vue de la sequestration et au point de vue de la médecine légale. A cette période d'état

il y a beaucoup de phénomènes très intéressants sur lesquels il importerait d'attirer votre attention. Malheureusement ils sont trop nombreux pour pouvoir tout résumer dans une seule leçon. Ce qu'il y a de plus important à signaler, c'est l'existence, la production successive de phénomènes de la sensiblité générale ; non seulement le malade éprouve

des hallucinations de l'ouïe, ce qui est un fait habituel, mais il éprouve des phénomènes dépendants de la sensibilité générale. Il y a des hallucinations sensorielles dans tous les organes de l'économie, soit à la surface, soit dans la profondeur du corps. Les malades soutient qu'on les pince, qu'on les prend, qu'on leur tortille les intestins, qu'on leur fait éprouver dan-

toutes les parties du corps, les sensations les plus variées, les plus pénibles. Ils ont aussi des hallucinations de la sensibilité générale qui viennent s'ajouter aux hallucinations de l'ouïe et compléter le tableau de la maladie. Ces hallucinations sont souvent des phénomènes réels dans une certaine mesure, des phénomè-

nes existants. Tous les malades qui éprouvent des maladies quelconques, un cancer, un tubercule, les maladies des divers organes, interprètent ces sensations dans le sens de leur délire; mais d'autres, au contraire, n'éprouvent que des sensations nerveuses, et ce sont de véritables hallucinations de la sensibilité générale.

Il y a donc à tenir compte, à cette époque, de ces deux deux ordres de phénomènes : les phénomènes hypocondriaques et les phénomènes d'hallucination de la sensibilité générale. Ces hallucinations n'existent pas seulement dans les organes extérieurs, dans la couche du système nerveux ; il y a souvent, en outre, des hal-

lucinations génitales. La plupart des malades, hommes ou femmes, éprouvent des sensations génitales. Les hommes croient qu'on les châtre, qu'on leur fait éprouver des sensations les plus variées aux organes génitaux ; les femmes surtout, comme au moyen-âge, s'imaginent qu'elles sont victimes des actes sexuels, qu'elles sont enceintes, qu'elles éprouvent les sensations les plus variées du côté des organes gé-

nitaux, et elles les décrivent sou-
vent avec précision et une exac-
titude très grande, quand elles
veulent faire leurs confidences ce
qui n'est pas fréquent. Il y a
donc un chapitre spécial à ajou-
ter à l'histoire du délire de per-
sécution : c'est le chapitre des hal-
lucinations génitales qui jouent
un très grand rôle dans l'esprit
de ces malades.

Plusieurs d'entre eux n'osent pas les avouer, mais, pendant les paroxysmes, ils ne peuvent pas se contenir, ils expriment leurs idées délirantes, et enfin, dans quelques cas, ils en font la confidence à plusieurs personnes et on peut arriver à les étudier malgré la difficulté de cette étude. Vous voyez donc que le délire de persécution, à mesure qu'il se

systématisé, s'accompagne de nouveaux phénomènes et deviennent de plus en plus complexes. Il a des symptômes extrêmement variés, des symptômes dans l'ordre de toutes les sensations et de toutes les conceptions délirantes: interprétation délirante, hallucinations de l'ouïe, hallucinations de la sensibilité générale, hallucinations de l'odorat et du goût. Beau-

coup de malades se plaignent de sentir des odeurs de cadavres, de sentir des odeurs désagréables, méphitiques, contre lesquelles ils protestent sans cesse, et d'autres disent avoir dans la bouches des saveurs styptiques, des sensations variées qui souvent donnent lieu absolument au refus des aliments. Il y a donc là un tableau extrêmement complexe d'une ma-

ladie que nous observons tous les
jours dans les asiles d'aliénés
et qui mérite une étude très
attentive. Cette étude devrait être
faite dans tous les détails, mai
je ne puis qu'indiquer sommai
rement les points principaux.
Un des points principaux c'est
le vocabulaire des persécutés.
Les malades qui éprouvent
ces sensations variés, ces sen

sations de tout ordre, sont obli-
gés d'employer certains mots
pour les décrire, pour les quali-
fier. Ils arrivent ainsi à avoir
un vocabulaire spécial. Chaque
persécuté à ses mots propres, des
mots singuliers, bizarres, qu'il
lance à la tête d'une manière
inattendue, et qui sont un ca-
ractère particulier de la maladie.
Presque toujours les persécutés

ont un langage, ont un vocabulaire spécial, ont des expressions qu'ils lancent à la tête du premier venu, et qui sont caractéristiques de cette période de la maladie. Un autre fait sur lequel il importe d'attirer l'attention, c'est que les malades ont souvent une bifurcation, un dédoublement de personnalité. Ils arrivent à

se diviser en deux personnes, en quelque sorte en deux parties : il y a la partie de l'attaque et la partie de la défense ; il y a les voix bonnes conseillères et les voix mauvaises conseillères, les personnes qui leur font du mal et les personnes qui cherchent à les défendre, celles qui cherchent à les protéger. Il y a des luttes intérieures, chez beaucoup de persécutés, qui se

manifestent peu à peu sous cette forme, ce dédoublement de la personnalité, qui est extrêmement remarquable. Les hallucinations, souvent, se commandent les unes les autres et deviennent complexes. Ainsi, une hallucination de l'ouïe entraîne à sa suite une hallucination de la sensibilité générale, et réciproquement: c'est au moment où le malade vient

d'éprouver une douleur, ou on lui a pincé les chairs, tortillé les intestins, qu'une voix lui explique les sensations qu'il vient d'éprouver, et ~~il~~ lui dit pourquoi on les lui a fait éprouver et quelle est la personne qui les lui a fait éprouver. Les hallucinations complexes, à cette période, s'attirent les unes les autres. Une hallucination de l'ouïe entraîne à sa suite

une hallucination d'un autre sens et réciproquement ; mais, chose remarquable, sur laquelle Lasègue a beaucoup insisté et qui est très vraie, c'est que l'hallucination de la vue ne vient pas s'ajouter, dans l'immense majorité des cas à l'hallucination des autres sens.

Les persécutés essentiels appartiennent à cette classe, n'ont pas, en thèse générale, l'hal-

lucination de la vue. Voilà le fait capital qui ressort du diagnostic différentiel. Cependant, pour être dans le vrai de l'observation, il faut ajouter que, dans quelques cas chroniques, il y a des malades qui voient des lumières, qui voient des cercles de feu, des fantômes vagues, des images mal déterminées et qui, par conséquent, ont l'air d'avoir des hallucina-

tions de la vue. Ils ont, en effet, des phénomènes subjectifs du côté de la vue, mais, dans ces cas mê-mes, ce qui prouve combien cette maladie est réfractaire à l'halluci-nation de la vue, c'est que les ma-lades ne sont pas dupes, ne sont pas victimes. de ces visions subjec-tives : Ils reconnaissent qu'ils les éprouvent comme des sensa-tions maladives, ils reconnaissent

eux-mêmes que ce sont des illusions, et ils ne croient pas à la réalité extérieure de l'objet qui leur est représenté; ils ne croient pas voir devant eux des images, des objets extérieurs, comme cela a lieu dans d'autres formes de maladies mentales, par exemple, dans les délires religieux et dans les délires aigus, toxiques; même dans les cas où il existe des

perceptions subjectives, ils les attribuent à leurs ennemis, ils prétendent que, pour fixer leur attention, on leur fait éprouver des visions de lumières, de cercles de feu, des vues d'incendie, de fantômes, mais ils savent que c'est l'effet d'une action extérieure, et ils ne croient pas à la réalité des objets qu'ils ont présents sous les yeux. C'est pour eux une véritable fantasma-

gorie qu'ils interprètent comme des gens présents à un spectacle, et qui ne rentre pas dans le cercle de leur délire ; tandis que, pour les hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale, ils y croient comme à des faits réels extérieurs, parfaitement existants. J'aurais à insister beaucoup sur un autre point très important : c'est la transformation des hallucinations de l'ouïe,

Malheureusement, j'ai trop de peu de temps pour vous développer cette pensée très intéressante. Les hallucinations de l'ouïe, à cette période d'état, à cette période déjà chronique de la maladie, se transforment : au lieu de consister dans des mots isolés, dans des phrases très courtes qu'on répète à tout instant, et toujours les mêmes, l'hallucination de l'ouïe

tourne à la conversation mentale, elle commence par le monologue, elle arrive au dialogue. Le malade se parle à lui-même mentalement, se fait les demandes et les réponses, croit entendre sa pensée répercutée au dehors et, quelquefois, par suite du dédoublement de personnalité dont je parlais tout à l'heure, il semble qu'il y a comme deux êtres

en lui : sa propre personnalité et une personnalité étrangère qui lui répète ses pensées, qui lui fait écho, qui répond à sa pensée, qui fait la réponse alors qu'il fait la demande. Il y a une double personnalité qui représente comme chez les mystiques, comme l'ont fait remarquer les théologiens, qui représente la lutte du bien et du mal

du bon et du mauvais génie, de Dieu et du diable, la lutte du bien et du mal, en un mot, qui se produit dans l'intérieur de l'individu et qui divise sa personnalité en deux. Aussi, les malades arrivent-ils tous à employer la même formule; ils disent: je ne suis plus le maître de ma pensée, je suis dominé, je suis possédé, on est maître de ma pensée, on répète mes idées.

on les fait connaître à tout le monde, au monde entier ; les journaux les répercutent, je les entends revenir du dehors, on me vole mes pensées, on me les prend ; je ne suis plus maître de ma pensée. Voilà les expressions que la plupart des persécutés emploient, qui sont tout à fait caractéristiques. La personnalité humaine se trouve ainsi divisée en deux : les malades

se livrent à de perpétuels dialogues, le persécuté est tourmenté par son persécuteur, soit par l'électricité, soit par le magnétisme ou par des influences extérieures... ils expliquent le fait d'une manière différente, mais le fait reste à savoir que la pensée est dédoublée et se répercute dans le monde extérieur.

C'est un écho, c'est une réponse que fait la propre pensée, et c'est

un individu qui se sépare de plus en plus en plus du moi. Il y a là plusieurs périodes successives qui indiquent une chronicité plus ou moins avancée. Au commencement, le malade sent très bien qu'il se fait à lui-même les demandes et les réponses, seulement les réponses lui reviennent du dehors sous forme de voix, sous forme d'écho. Plus tard, la seconde personnalité,

la personnalité distincte se sépare de plus en plus de la personnalité du malade, et passe dans le monde extérieur ; elle s'extériorise, et le second individu est alors placé dans les murailles, dans les plafonds, dans les souterrains et répond, de là, au malade qui ne s'aperçoit plus qu'il est le créateur de ses propres hallucinations. Il y a une séparation complète entre ce

phénomène : hallucination et le moi
la personnalité n'est plus seule-
ment dédoublée, elle devient séparée
elle s'extériorise et le persécuteur
placé à l'extérieur répond au
malade ~~indépendante~~ et lui parle
d'une manière indépendante de
sa propre personnalité. C'est alors
qu'arrive ce phénomène singulier,
les malades disent : J'entends des
bêtises ; non seulement j'entends

des mots grossiers, des injures, mais on me dit des choses que je ne comprends pas, dont la pensée ne me serait jamais venue, qui me sont complètement étrangères. On me parle une langue étrangère, je ne sais pas ce qu'on me veut, on me dit des bêtises, des choses absurdes, des choses que je ne comprends pas. Cette seconde personnalité détachée de la première, non

seulement répète les pensées, non-
seulement les vole, mais se livre à
des langages incompréhensibles pour
les malades eux-mêmes. Ce sont
là des transformations successives
des hallucinations, qui sont extrê-
mement intéressantes à étudier et
à suivre dans le détail et qui mé-
riteraient de devenir l'objet d'une
monographie particulière. M.
Baillarger a déjà étudié dans

son mémoire, ces hallucinations qu'il a divisées en deux catégories: les hallucinations simples, isolées, et celles qui consistent, au contraire, dans des conversations prolongées indéfiniment. Il a donné à ces hallucinations le nom d'hallucinations psychiques, pour les opposer aux hallucinations sensorielles dont je vous parlais tout à l'heure. Et, chose remarquable, ces hallucinations psychiques qui

sont des conversations mentales, qui sembleraient devoir être le premier degré de l'hallucination, en sont, au contraire, le dernier degré; elles n'arrivent qu'aux périodes avancées, aux périodes de chronicité déjà très avancées. L'hallucination simple, consistant dans des mots isolés, est l'hallucination de la première période; celle qui tourne à la conversation, au dialogue,

à l'écho, est, au contraire, un phénomène des périodes ultérieures.

J'aurais voulu insister beaucoup sur d'autres caractères principaux du délire de persécution à sa période d'état, à sa période chronique, mais le temps me manque et j'ai hâte d'arriver à deux traits principaux sur lesquels je veux attirer votre attention : ce sont des faits de diagnostic différentiel et des

faits de description clinique très importants. Je vous ai dit que les idées de persécution existaient dans beaucoup de formes diverses de maladies mentales, mais, là, le diagnostic différentiel est très facile : ces idées sont accidentelles, isolées, accessoires, se produisent de temps en temps, et il est très facile d'établir le diagnostic ; mais il y a deux variétés très

importantes de maladies mentales dans lesquelles le diagnostic est bien plus difficile à établir. Je veux parler d'abord de l'alcoolisme, et ensuite des aliénés persécuteurs raisonnants. L'alcoolisme, je n'ai pas à l'étudier aujourd'hui, ici, devant vous ; je vous dirai qu'autrefois on ne connaissait que le délirium tremens et l'alcoolisme chronique. Depuis une trentaine d'années, depuis surtout le mémoire de Lasègue sur l'acoolisme

subaigu, on connaît très bien un état alcoolique intermédiaire qui n'est ni le delirium tremens maniaque, agité, ni l'alcoolisme chronique tournant à la démence.

Cet alcoolisme subaigu est en réalité, un véritable délire de persécution. Lorsque l'on voit ces malades au dépot de la préfecture de police ou à l'entrée dans les asiles d'aliénés, on s'y trompe

souvent, et beaucoup de médecins distingués pathologistes continuent à faire cette confusion. On voit, à Ste Anne, par exemple, souvent des malades qui arrivent avec des idées de persécution alcoolique, et qui sont considérés comme de véritables persécutés. Eh bien ce n'est pas du tout la même forme ; il y a là des caractères différentiels très importants à étudier. L'aliéné

atteint d'alcoolisme subaigu a, sans doute, des idées de persécution. Il croit qu'on lui en veut, qu'on veut lui faire du mal, qu'on veut le tuer, car c'est là l'idée dominante de l'alcoolisme, mais il croit qu'on veut le tuer sous une forme particulière; il y a une histoire, un roman, qu'il raconte avec complaisance, un roman mal coordonné, mais enfin un

roman qui est toujours le même, qui se reproduit à chaque accès, et autour duquel le malade tourne incessamment dans son délire. Or, ce roman est cause d'hallucinations de l'ouïe, d'hallucinations de la vue et d'interprétations délirantes comme dans le délire de persécution dont je vous ai parlé; mais cela se présente avec un fond tout différent, c'est un fond qu'on pourrait appeler panophobie

Le malade est donc sous l'empire d'une terreur générale, il a peur, il craint, il est incessamment agité par la terreur. Il regarde en l'air, il regarde autour de lui, il regarde aux fenêtres, aux portes, il tourne sur lui-même; il est sans cesse en mouvement. Au lieu de raconter ses idées avec calme avec tranquillité, comme le persécuté ordinaire. Le malade est

dans un état semi maniaque, dans un état de panophobie. Il regarde sous les tables, sous les chaises, sous les meubles, pour savoir si quelqu'un n'est pas caché. On lui parle, il entend, il voit des fantômes qui circulent autour de lui. Il y a une espèce de fantasmagorie incessante En un mot, l'état général de ces malades est tout différent de celui des persécutés

de nos asiles, qui sont passifs,
qui subissent passivement leurs
préoccupations. Ils les racontent
avec facilité, sans émotion, sans
tristesse, sans terreur. L'alcoolique,
au contraire, est sous l'empire de
la terreur et c'est ce qui fait
dire à Lasègue que l'alcoolique
fuit ses terreurs ordinaires; tan-
dis que le persécuté les subit
passivement et sans se déplacer

L'aliéné alcoolique persécuté est sans cesse en mouvement, et, sous l'empire de la crainte, il fuit, il s'éloigne. Les visions marchent devant lui, circulent. C'est une fantasmagorie réellement incessante. Il a peur, il se sauve. Le persécuté reste immobile, quelquefois des heures entières, sur un siége, en subissant toutes les tortures qu'on lui inflige. L'alcoolique, au contraire, ne peut pas rester

en place, il est sans cesse en mouvement. Il est sous l'empire de la crainte qui le pousse au mouvement, qui le pousse à l'action, qui le pousse à fuir et, lorsqu'il ne trouve pas une porte ouverte, il se précipite par la fenêtre. Il y a donc des caractères distinctifs très importants et très nombreux ; non seulement il y a tous les symptômes physiques de l'alcoolisme

qui sont caractéristiques, le tremble-
ment, les anesthésies partielles dans
les extrémités des membres, les
vertiges, les phénomènes de sensibi-
lité ou du mouvement, de la
motilité, qui sont le caractère de
l'alcoolisme, au point de vue
physique, mais il y a des ca-
ractères d'ordre mental; il y a
des visions nombreuses, des hal-
lucinations de la vue, mobiles,
qui s'éloignent ou se rapprochent

des hallucinations de la vue mê-
lées avec les hallucinations de
l'ouïe. Le malade entend des
détonations de fusil, de pistolet
il entend des cris menaçants
C'est un état semi. maniaque
C'est un état subaigu, au
lieu d'être un état calme,
tranquille. Les manifestations
sont toutes différentes dans le
delire de persécution essentiel

et dans le délire de persécution alcoolique. Il y a un point très important de diagnostic différentiel sur lequel je voudrais appeler rapidement votre attention. Un autre point par lequel je terminerai, c'est un point très intéressant et qui n'est pas généralement connu. Il mériterait de devenir l'objet de monographies et de travaux intéressants. Je me bornerai à vous le signaler

aujourd'hui, ayant l'intention d'y revenir à propos des folies héréditaires.

C'est le professeur Lasègue qui, le premier, a dit que les persécutés devenaient souvent persécuteurs.

Il avait surtout en vue les malades dont je vous parlais tout à l'heure, qui personnifient leur délire dans un individu déterminé; mais il n'avait pas

suffisamment distingué encore la variété du délire de persécution dont je vais vous dire quelques mots. Il y a, en effet, des individus qui sont des fléaux de famille et des fléaux de société, des individus qui sont extrêmement nuisibles, gênants pour tout leur entourage, pour toutes les personnes avec lesquelles ils sont en rapport, mais dont l'état maladif, l'état d'aliénation mentale, peut être très souvent contesté

C'est un état mixte, intermédiai
entre la raison et la folie, au moin
pendant de longues années, dont
la description clinique est très dif
ficile à faire au point de vue médic
légal. On peut la faire au point
de vue psychologique, mais on ne
peut alors décrire que des altératio
de caractère, plutôt que des phéno
mènes réellement morbides. Il faut
assez aujourd'hui, dans le progrè

de la science, ces descriptions emprun-
tées exclusivement aux psychologues
et qui font ressembler nos malades
à de simples originaux, à des excen-
triques, à des criminels ou a de
mauvais garnements. Cette loi exclu-
sivement psychologique a produit
tout ce qu'elle pouvait produire,
elle a été utile à la science, mais
il faut aujourd'hui, aller plus loin.
Il faut chercher à substituer

l'observation vraiment, réellement médicale, sérieuse, à ces observations de romanciers, de littérateurs, qui sont toujours incomplètes et qui ne suffisent pas pour porter la conviction de l'état maladif, de l'élément morbide, dans l'esprit des magistrats et des hommes du monde. Il faut plus que cela. Or, ces malades, pour la plupart, flottent entre l'état

normal et l'état maladif. Ce sont des héréditaires sur lesquels j'appellerai votre attention dans la prochaine séance. Ce sont des malades qui ont tous les symptômes physiques et moraux de l'hérédité dès leur jeune âge. Ils ont, au point de vue de la conformation du crâne, des oreilles, des yeux, des phénomènes physiques très nombreux qui existent dès l'en-

fance chez les malades héréditaires ;
souvent ils ont des dispositions mo-
rales sur lesquelles j'insisterai éga-
lement. En un mot, ce sont des héré-
ditaires, mais des héréditaires appar-
tenant à une variété. Ces malades
sont très orgueilleux, très égoïstes,
Ils ont des altérations de caractère
sur lesquelles on a beaucoup insisté
qui ont été décrites avec soin
dans la manie raisonnante du
docteur Champagne. Mais, idé-

pendamment de ces faits physiques et moraux, ils ont un état maladif psychique. Ce sont des malades qui se croient en butte à des persécutions. Sous ce rapport, ils se rapprochent des persécutés. Ils croient qu'ils sont méconnus, incompris, qu'ils ont été, dès l'enfance, l'objets de haines, de jalousies, de violences, de vengeances, qui les ont empêchés d'arriver aussi haut qu'ils auraient dû arriver. Ils se croient

tourmentés par des ennemis imaginai-
res, ils croient qu'on leur en veut,
qu'on les empêche de travailler, de réus-
sir, de gagner leur vie, d'arriver
à la fortune, d'arriver aux hautes
dignités qui les attendaient. Ce
sont des orgueilleux méconnus. Ils
accusent le monde extérieur de tous
ces malheurs qui sont dûs, en réalité
à leur constitution physique et
morale. Ils ne réussissent pas
parce que ce sont des êtres incom-

plets ; ce sont des êtres qui ont des facultés éminentes ; et, à côté de ces facultés, des lacunes énormes. Ils sont incomplets à un tel point qu'on peut les rapprocher, par certains côtés, des imbéciles, des idiots, des débiles intellectuellement, au lieu de les rapprocher des hommes de génie dont ils simulent quelquefois les facultés : ils ont des facultés éminentes de peinture, des mémoires spéciales, des facilités d'élocution

qui étonnent, des facultés éminentes sous beaucoup de rapports, mais sous beaucoup d'autres rapports, leur caractère est incomplet ; ils se rapprochent des imbéciles et des idiots, par des débilités intellectuelles considérables ; ils se rapprochent des hommes de génie par des facultés exceptionnelles. C'est un tableau tout particulier à faire. Ces malades héréditaires ont des facultés partielles, des facultés souvent très remarqua

qui les conduisent à certaines décou-
vertes, à des manifestations intellec-
tuelles remarquables ; et, à côté de
cela, ils ont des lacunes telles qu'
il peut arriver que leurs découvertes,
leurs conceptions, même les plus éle-
vées, sont frappées de stérilité, sont
frappées de nullité, par suite de
lacunes énormes qui empêchent une
coordination nécessaire à une véri-
table création durable. Eh bien,
ces malades sont des aliénés, en

perspective ; d'abord de simples pré-
disposés, et, plus tard, ils devien-
nent des aliénés. La limite est
très difficile à poser entre leur
état de simple prédisposition et
leur état de maladie confirmée.
Mais, quoiqu'il en soit, ils ont le
besoin de tourmenter les autres,
ce sont des persécuteurs-nés ; ils
ont besoin d'avoir une victime,
ils ont besoin d'avoir une per-
sonne qui devient l'objet de leur

haine, de leurs poursuites incessantes et essentiellement maladives. Tantôt ils poursuivent parce qu'on veut leur faire du mal, tantôt ils veulent tuer leur persécuteur; tantôt, au contraire, ils ont la persécution amoureuse. Ces malades s'éprennent tout-à-coup d'une personne qu'ils n'ont jamais vue ou qu'ils n'ont vue qu'une fois. A partir de ce jour, ils la poursuivent de leurs

obcessions, de leurs lettres, de leurs visites. Ils sont constamment à la poursuite de l'objet aimé; ils se présentent à toute heure, le jour, la nuit, devant la porte, devant les fenêtres; ils saisissent la personne en voiture, à la promenade, à l'Eglise. Lorsque les parents, ainsi persécutés, enlèvent leur fille, l'emmènent au loin, dans des voyages lointains, le persécuteur trouve encore le moyen

de les suivre, d'arriver, et on le retrouve à la campagne, derrière la grille d'un Château, persécutant de ses obsessions, de ses lettres, de ses assiduités amoureuses la personne aimée. Eh bien, cette même disposition à la persécution qui, dans certains cas, est érotique et amoureuse, devient, dans d'autres cas, homicide, dangereuse pour la personne qui est l'objet de l'attention de ces persécutés. Mais la disposition fondamentale

est la même. Ils ont le besoin de poursuivre incessamment quelqu'un de leurs obsessions, de leurs plaintes, de leurs récriminations, de leurs projets de vengeance. Ce sont des malades extrêmement gênants, extrêmement pénibles, extrêmement dangereux, très difficiles à enfermer et très difficiles à laisser en liberté. Ce sont des cas extrêmement intéressants qui mériteraient de

fixer l'attention des observateurs et d'être étudiés à un point de vue essentiellement clinique. Au lieu de se borner à ces descriptions générales, vagues, telles que je vous les donne là, à ces descriptions qui cependant, ont une grande vérité et un grand intérêt, il faudrait aller plus loin dans la voie dans la voie de l'observation; il faudrait étudier leur mode d'existence, leur manière d'être, leur caractère

leur esprit, leurs actes, pour arriver à faire, de cet ensemble, un tableau morbide tout à fait clinique et véritable, et qui servirait à éclairer les magistrats et le public en général, sur ce véritable état mental qui est trop peu connu. Il y a là une variété de délire de persécution tout à fait spéciale et qui diffère totalement de celle que je vous ai décrite jusqu'à présent. Ces malades

n'ont pas d'hallucinations de l'ouïe en général, ni de la sensibilité générale, ou, du moins, ces hallucinations, lorsqu'elles existent chez eux sont à l'état rudimentaire et à l'état souvent très contestable, à l'état vague, elles ne sont pas déterminées et fermes, comme chez les autres aliénés. Ces malades ne passent pas par les quatre phases que je viens d'indiquer tout à l'heure, ils n'arrivent pas

-tras successivement de l'inter-
prétation délirante à l'hallucina-
tion de l'ouïe, à l'hallucina-
tion de la sensibilité générale,
mais ils arrivent quelquefois à
la quatrième phase dont j'ai
oublié de vous parler, à la
phase de transformation orgueil-
leuse, car j'ai oublié de vous dire
qu'il y avait, dans le délire de
persécution chronique, une qua-
trième phase où le délire de

grandeur vient s'ajouter au dé-
lire de persécution. Eh bien, ces
persécuteurs raisonnants, héréditaires,
ont quelquefois la transformation
en délire de grandeur, mais sans
avoir passé par les phases anté-
rieures, par les phases de l'hallu-
cination de l'ouïe et de la sen-
sibilité générale. Ils ne suivent
pas les phases de phases de
l'hallucination de l'ouïe et de

la sensibilité générale. Ils ne suivent pas les diverses périodes du délire de persécution. Ils sont des orgueilleux qui, de temps en temps, peuvent se croire un personnage éminent, un prince ou un personnage plus élevé que leur situation sociale réelle, mais ils arrivent au délire d'orgueil d'emblée, subitement, quelquefois du jour au lendemain, sans

passer par les phases antérieures que je viens de vous décrire.

Il y a là toute une étude des plus interessantes à faire qui n'est aujourd'hui qu'à l'état d'ébauche, et qui mériterait d'être poursuivie avec plus d'attention, pour arriver à distinguer la variété des persécuteurs raisonnants et héréditaires du délire de persécution essentiel, tel que j'ai cherché à vous le décrire très rapide-

ment dans cette séance.

Je regrette qu'une seule leçon, soit insuffisante pour entrer dans les détails que comporterait ce sujet si interessant. J'ai voulu vous donner, au moins, les points culminants de cette étude et vous pousser à l'étude plus attentive de ces états morbides qui méritent d'atti-rer l'attention des observateurs

et qui constitueront un véritable progrès dans votre science spéciale.

---

20 Décembre 1885

Messieurs,

Je n'ai plus que deux leçons à faire, aujourd'hui et dimanche prochain, pour terminer le cours de cette année.

Je me propose aujourd'hui de vous parler de la folie héré-

ditaire, et de ses caractères phy
siques et moraux, et dans
la prochaine séance j'étudie
rai la folie avec conscience
et le délire émotif, qui ne
sont que deux variétés de
la folie héréditaire, considérée
en général, et qui, cependant
méritent une description par
ticulière et distincte des ca
ractères généraux que je vais

vous exposer aujourd'hui. Mon but, pour le moment, est de chercher à étudier rapidement, comme on peut le faire dans une seule leçon, les caractères généraux des folies héréditaires. Mais d'abord, je dois vous dire quelques mots de l'hérédité en général. Cette cause très générale a été étudiée à l'état physiologique et à l'état pathologique. Monsieur

Prosper Lucas, qui est mort il y a quelque temps, a fait un livre classique, un livre très considérable sur l'hérédit[é] envisagée à ce point de vue, au point de vue pathologiqu[e] et physiologique. Puis, il a fait un autre traité sur un autre sujet : l'hérédité a été étudiée sous tous ses aspects, comme cause de pro-

duction, non seulement des maladies mais de toutes les dispositions et de toutes les facultés naturelles à l'état physiologique.

Je n'ai pas à insister aujourd'hui sur ce côté du sujet qui mériterait, à lui seul, une étude très prolongée;

Je veux me borner à la folie héréditaire et aux maladies

mentales en particulier, aux
maladies nerveuses et mentales
L'hérédité a été reconnue par
tous les auteurs, et dans tous
les temps, comme une cause
générale de la folie, de pres-
que toutes les espèces de folie
Les auteurs ont plus ou moins
différé sur le degré d'intensité
de cette cause, sur le nombre
des folies accidentelles, per-

sonnelles, individuelles, et sur le nombre des folies dues à l'héré_dité et à l'accumulation de l'hérédité dans les familles. Mais quelles que soient les dis_sidences de détail, tout le monde admet que les mala_dies nerveuses et mentales sont très souvent héréditaires. A cet égard, les statisti_ques publiées dans tous

les pays, présentent cependant de grandes divergences. Il y a des auteurs qui étendent démesurément le cercle de l'hérédité, et autres qui le restreignent, au contraire, dans une mesure très considérable. Ces différences sont importantes mais ne touchent pas au principe même, à la loi de l'hérédité, d'une manière

générale. Les statistiques sont divergentes et vous le comprendrez facilement. Rien n'est difficile comme d'établir, dans un cas particulier, l'existence de l'hérédité d'une maladie mentale. Les causes d'erreur sont très nombreuses; d'abord il faut avoir des renseignements précis sur les ascendants sur la famille tout entière ce que l'on obtient très

difficilement dans les asiles pu-
blics et même dans la clientèle
privée. Mille causes s'opposent
à la connaissance de l'hérédité
dans les familles. D'abord les
familles elles-mêmes l'ignorent
dans d'autres cas elles la
méconnaissent, elles prennent
pour des troubles du caractère
ce qui est une véritable ma-
ladie mentale chez les ascendants

Dans d'autres cas, l'amour propre des familles ou leur intérêt les porte à la dissimulation et même à la mer. Les malades eux-mêmes ignorent très souvent l'existence de l'hérédité dans leur famille. Enfin, dans beaucoup de cas, le médecin trouve de l'hérédité là où le public, les familles des malades n'en découvriraient pas. Comme mon père

le disait très souvent, pour découvrir l'hérédité dans les familles, il ne faut pas demander au malade ou aux parents : Avez-vous des aliénés dans votre famille ? il faut leur dire : Décrivez-nous ce qu'étaient vos ancêtres, si vous les connaissez, ou si vous avez entendu parler d'eux. Dites-nous comment ils ont passé leur vie, ce

qu'ils ont fait, quel mode d'existence ils ont eu ; et, d'après la description que vous nous donnerez, nous concluons si, oui ou non, ils étaient aliénés. En effet, il y a dans beaucoup de familles, des personnes, des ascendants, qui ont passé leur vie dans l'isolement dans la solitude qui se sont enfermés dans leur chambre pendant des années, quelquefois pendant toute leur vie

qui se sont condamnés à une exis-
tence absolument différente de celle
de la vie habituelle. Eh bien, ces
personnes sont évidemment des
malades, et les familles les consi-
dèrent comme des personnes origi-
nales, excentriques, et non pas
comme des aliénés. Les causes
d'erreur sont très nombreuses,
et l'on comprend que les sta-
tistiques faites dans divers

pays sont très divergentes, très différentes les unes des autres. Dans certains cas, on ne trouve que 7, 8, 10, 15 % d'hérédité chez les aliénés ; d'autres, au contraire arrivent jusqu'à 80 % d'aliénés héréditaires. De là, la dissidence considérable dont je viens de vous expliquer les causes.

Mais quoiqu'il en soit, tout le monde admet qu'il y a

plusieurs genres d'hérédité ~~chez les aliénés~~ dans les maladies nerveuses ou mentales. Il y a d'abord l'hérédité directe de père en fils qui est l'hérédité la plus simple, la plus naturelle, la plus incontestable : Les pères et mères des individus ont eu la même maladie que présentent les descendants, comme on le dit pour l'épilepsie : Epileptiens

autem, genius epilepticum. Si l'on entend l'hérédité sous cette forme aussi restreinte, elle est plus rare qu'on ne le croit. Il est certain que, très souvent, les descendants n'ont pas la même forme de maladie que les ascendants ; l'hérédité directe qui existe souvent n'est donc pas constante, tant s'en faut. A côté de l'hérédité directe, il y a l'hérédité indirecte il y a l'hérédité collaté_

rale. Au lieu d'avoir les parents directs, les pères ou les mères aliénés on a des oncles, des tantes, des ascendants à divers degrés ou des collatéraux.

Il y a, de plus, l'atavisme, c'est à dire l'hérédité des aïeux, des ancêtres. Souvent on a dit que dans les maladies héréditaires l'hérédité saute une plusieurs génération. On a la maladie de ses ascendants et

non pas la maladie de ses père et mère. Il faut tenir compte de toutes ces différences pour apprécier la valeur de l'hérédité comme cause des maladies mentales.

D'autre part, il y a ce grand fait, grand fait qui a été établi depuis une quarantaine d'années que l'hérédité se transforme, qu'il y a transformation dans le fait de l'hérédité. On ne lègue

pas à ses descendants la même maladie, on lègue des maladies analogues. Or, cette hérédité a lieu, non seulement des maladies mentales aux maladies mentales, mais des maladies nerveuses aux maladies mentales : il y a un lien de solidarité, de filiation entre les maladies nerveuses et les maladies mentales. Aux maladies nerveuses il faut

encore ajouter l'alcoolisme. Il est démontré, aujourd'hui, que beaucoup d'ascendants d'aliénés ont été atteints, non seulement d'épilepsie, d'hystérie, d'hypocondrie, mais d'alcoolisme. L'alcoolisme des ascendants donne lieu souvent à diverses formes de folie chez les descendants. Il y a donc là des transformations héréditaires qui sont très nombreuses et qui ouvrent une nouvelle voie à l'action de l'hérédité et étend son influence.

Vous voyez donc que, même en nous renfermant dans les données simples de l'hérédité, le cercle, l'action de cette cause, est plus ou moins étendu selon la manière dont on l'envisage. M. M. Prosper Lucas et Moreau de Tours, dès 1840, avaient ainsi étendu la sphère de l'hérédité, et leurs successeurs ont admis cette interprétation de l'action de cette cause. Mais ce n'est pas tout: après M. M. Prosper Lucas,

Moreau de Tours, Baillarger et d'autres qui ont écrit sur l'hérédité, est venu M. Morel qui, dans son traité des dégénérescences, a ouvert une nouvelle voie, une voie beaucoup plus large à l'action des influences de l'hérédité. Il ne s'est pas contenté d'admettre l'hérédité directe, l'hérédité collatérale, l'hérédité atavique, l'hérédité transformée des maladies nerveuses et mentales ; il est allé plus loin. Il a établi

un grand principe qui est la base de son traité des dégénérescences et de tous les travaux qu'on a faits ultérieurement. Ce principe peut se résumer ainsi : le système nerveux étant la base de la formation de tous les organes se développant sous son influence, il n'est pas étonnant que les maladies du système nerveux des ascendants, produisent chez les descendants, non seulement des

maladies nerveuses et mentales, mais des déformations organiques pouvant exister dans toutes les organes. Il y a, sous ce rapport, une production de maladies diverses, production de dégénérescences. Il ne faudrait pas aller trop loin dans l'extension de cette loi héréditaire, il ne faudrait pas admettre, comme certains auteurs, que le cancer, le tubercule, et d'autres maladies héréditaires, sont sœurs et peu-

vent produire des maladies nerveuses et mentales ; ça serait aller trop loin. Mais il y a une loi générale établie par M. Morel, à savoir que, l'hérédité des maladies nerveuses ou mentales se perpétuent chez les descendants sous les formes les plus en plus graves et en traîne, non seulement des maladies du même genre mais des altérations organiques de

tous les organes de l'économie. C'est sur ce point que j'aurai à insister tout à l'heure en vous parlant des signes physiques de l'hérédité. Cette loi générale établie par Morel a ouvert un nouvel horizon dans l'histoire de l'hérédité des folies héréditaires et a transformé complètement toute la pathologie mentale à ce point de vue. J'aurai à y insister tout à l'heure en vous

indiquant, en vous décrivant les caractères de ces folies héréditaires. Vous voyez donc, par cette vue d'ensemble, que l'hérédité, même envisagée comme cause des maladies mentales, a une action extrêmement étendue, beaucoup plus étendue qu'on ne le supposait de prime-abord et que ne l'admettaient nos maîtres et leur école. Jusqu'à Morel on a restreint le cercle de l'hé-

dité comme cause des maladies mentales ; depuis les travaux de Morel au contraire, l'action de cette cause s'est étendue, et s'est appliquée non-seulement aux maladies nerveuses ou mentales produisant des résultats pathologiques dans d'autres organes de l'économie.

L'hérédité est donc une cause très générale de la production des maladies mentales et

nerveuses. Mais existe-t-il réellement une folie héréditaire? Voilà la grande question qu'il s'agit d'examiner. Tous les auteurs sont d'accord pour admettre l'hérédité à divers degrés dans l'étiologie de la folie, pour l'admettre comme cause prépondérante; mais autre chose est d'envisager l'hérédité comme une cause, de l'envisag

comme imprimant un cachet, une empreinte particulière aux formes de maladies mentales ou nerveuses qui en sont le produit. C'est là la 2me question qui a été établie par Morel, et sur laquelle on discute encore beaucoup aujourd'hui, sur laquelle des dissidences nombreuses existent parmi les médecins aliénistes. Les uns, en effet, admettent

l'hérédité comme une cause gé-
nérale de toutes les folies, les
autres, au contraire, admettent
qu'il existe une folie spéciale
et portant l'empreinte de l'hé-
rédité, sur laquelle l'hérédité
agit d'une manière particu-
lière, et qui a des caractères
spéciaux. C'est ce que l'on a
appelé la folie héréditaire.
Pour établir l'existence de cette

folie héréditaire, on peut procéder de plusieurs manières. Il y a d'abord le mode étiologique qui est employé par Morel. On étudie les familles générales d'aliénés héréditaires, on étudie les généalogies et l'on s'aperçoit que, primitivement, à l'origine, il y a des névropathies générales, il y a des phénomènes choréiformes, il y a un état de trouble général dans le système ner-

veux, qui existe d'abord chez le
ascendants, et, quelquefois l'al
coolisme ; que les descendants
de ces individus atteints d'é
tats nerveux, névropathiques, sont
atteints, à leur tour, de mala
dies plus graves, de névroses,
hystéries, hypocondries ; que, plu
tard, enfin, ces névroses se tran
forment en maladies mentales
véritables, en vésanies, sous les
formes maniaques, mélancolique

que nous connaissons, plus ou moins intermittentes ; enfin, que l'on voit survenir chez quelques individus de ces mêmes familles, des états particuliers de folie avec conscience de folie raisonnante, ou de folie se basant plutôt sur le délire des actes que sur le délire de l'intelligence ; qui enfin, plus tard, les descendants de tous ces aliénés, de cet arbre généalogique, en quelque sorte, des

diverses branches qui se produisent,
arrivent peu à peu à l'imbécillité
à l'idiotisme, et enfin à des al-
térations plus profondes de tous
les organes de l'économie. On
établit ainsi la généalogie des
familles d'aliénés héréditaires,
et, dans cet arbre généalogique
qui comprend tous les états
nerveux et toutes les maladies
mentales, se trouve une folie
particulière qui a des caractères

spéciaux, et qui mérite le nom de folie héréditaire. C'est ainsi que Morel a procédé et a établi le caractère particulier de la folie.

Mais il est un autre procédé, c'est le procédé symptomatique qui a été employé par tous les auteurs, depuis Pinel et Esquirol.

Pinel, dans son traité, a un chapitre très court, mais très substantiel, dans lequel il ad-

met que la folie est originaire, peut avoir quelques caractères particuliers. Esquirol, également, a plusieurs passages de ses ouvrages qui indiquent la même tendance et qui caractérisent éminemment les signes de la folie héréditaire. Cependant, malgré ces passages isolés, Pinel, Esquirol et leur école n'ont admis l'hérédité que comme cause générale de

la folie, et non comme pouvant déterminer une maladie spéciale. Mais ils ont étudié les questions au point de vue symptomatiques, et ils sont arrivés, par l'étude des folies spéciales, à déterminer une espèce particulière de folie, qui a été très contestée, à laquelle on a donné successivement le nom de folie sans délire, folie des actes, folie raisonnante, folie morale. Ces malades, qui se

caractérisent surtout par le délire des actes et par l'altération des sentiments et des penchants, ne sont autre chose que les aliénés héréditaires de Morel. On est arrivé ainsi, à par deux voies différentes, au même résultat. Après avoir éliminé successivement toutes les autres formes de la folie, qui ont été décrites avec soin ; après avoir

éliminé les paralytiques généraux, les persécutés, les hystériques, les épileptiques, les alcooliques, les déments, etc, et toutes les formes nombreuses d'aliénés, comme les folies des aliénés à folie circulaire, etc après avoir éliminé toutes les formes bien connues de la folie, on arrive, à la fin, à un caput mortuum, à un état particulier caractérisé surtout

tout par le délire des actes et
par l'altération des sentiments
et des penchants, qui n'est autre
que la folie héréditaire et morale
C'est ainsi qu'au point de
vue symptomatique, comme au
point de vue étiologique, on ar-
rive au même résultat, c'est
à dire à constituer une folie
héréditaire, distincte, spéciale,
séparée des autres genres de
la folie.

Sans doute, ce procédé n'est peut-être pas le procédé de la science future, celui que l'on devra employer plus tard, quand on voudra constituer des espèces vraiment naturelles ; mais, pour le moment actuel, dans l'état de nos connaissances, c'est un progrès réel sur ce que nous possédions auparavant. Il importe donc de dire qu'il existe, comme l'a dit Morel

une folie héréditaire ayant des caractères particuliers et qu'on doit admettre et décrire séparément jusqu'à nouvel ordre. Cette folie héréditaire, qui est difficile à limiter, comme je vous le dirai tout à l'heure, a cependant des caractères particuliers. Ces ~~désordres~~ caractères sont tirés de l'ordre physique et de l'ordre moral. Les signes physiques, bien dé

crits par Morel, sont très nombreux; ils peuvent se rencontrer dans toutes les fonctions de l'économie. Commençons par la tête. Le crâne des héréditaires est ordinairement mal conformé; il est asymétrique, non seulement dans le crâne, mais dans la face; souvent le crâne présente une forme toute particulière, variable suivant les individus, mais qui se résume, en général, dans le mot d'asymé-

trie, un côté de la tête est plus fort que l'autre; la partie postérieure de la tête paraît souvent comme supprimée, comme diminuée, ainsi que l'a fait remarquer avec raison, monsieur Campagnon dans son traité des folies raisonnantes; la partie postérieure de la tête de la tête semble diminuée, tandis que la partie antérieure est assez développée, quoique le front soit bas et fuyant

Il y a, dans la déformation du crane des héréditaires, des caractères particuliers qui mériteraient d'être étudiés avec plus d'attention.

Indépendamment de la forme du crane, il y a souvent des déviations, des déformations de la face. La face est également asymétrique, un coté est plus fort que l'autre et présente souvent des lignes particulières

Les héréditaires ont très souvent des tics, des contractures partielles, des mouvements choréiformes, soit dans les paupières, soit dans les muscles de la face ou du cou. Il y a des tics qui sont un caractère principal de l'état des héréditaires, un caractère très fréquent qu'on observe très souvent. Je suis obligé ~~d'étudier~~ d'abréger, parce que le temps me

presse, pour faire, en une seule leçon, l'exposé rapide des caractères de la folie héréditaire. Il y a souvent du strabisme, souvent des altérations des yeux, de la vue, sur lesquelles monsieur Magnan a appelé récemment l'attention. D'un autre côté on observe souvent le bégaiement, le bec de lièvre, des altérations des muscles de la face, ce que le professeur Lasègue a

appelé le strabisme de la face ; des altérations nerveuses ou musculaires, des muscles et des nerfs de la face ; il y a, en un mot, chez les héréditaires, un grand nombre de symptômes physiques permanents, qui existent dès l'enfance et qui servent à caractériser la maladie.

A ces altérations, il faut joindre celle des oreilles sur lesquelles M. Morel a sou-

nent insisté, que l'on a accusé d'avoir exagérée et qui est, certainement, un véritable signe. Les oreilles des dégénérés sont souvent altérées, tantôt elles sont trop grandes, tantot trop petites, l'oreille est souvent aplatie comme une feuille de papier, comme un parchemin, le lobule manque, est absent ou insuffisamment détaché; les plis de l'oreille ne sont pas bien formés; les oreilles sont trop

petites, ratatinées sur elles-mêmes,
quelquefois grandes, énormes, comme
un cornet acoustique; il y a
des déformations d'oreilles qui
n'ont pas de valeur absolue,
mais qui sont, certainement, un
signe méritant d'attirer l'at-
tention et qui peut mettre sur
la voie de la découverte des folies
héréditaires. En parcourant les
autres organes, on découvre

également d'autres altérations. Indépendamment du bégaiement, du bec de lièvre, dont j'ai parlé tout à l'heure, il y a souvent, chez les héréditaires, des hernies, des pieds-bots, des déformations variées. Il est même remarquable que Geoffroy St Hilaire, dans son grand traité des anomalies de l'organisation, n'ait pas attiré l'attention sur cette cause. Il a décrit ces variétés de monstruosités et de difformités

sans jamais spécifier qu'elles étaient dûes souvent à une cause générale, à l'hérédité.

J'insisterai tout à l'heure sur des signes physiques temporaires qui existent dans cette maladie, plus tard, à une période plus avancée. Ceux que je viens de vous indiquer très rapidement se produisent dès le jeune âge et la naissance, sont congénitaux et sont permanents pendant

toute la vie. Un autre ordre de signes très importants chez les héréditaires, ce sont les altérations des fonctions génitales, non seulement des déformations organiques des organes génitaux, mais surtout les anomalies des fonctions. Les organes génitaux sont souvent altérés organiquement, d'une façon évidente; il y a des lésions, des difformités, des anomalies d'organisation chez l'homme

et chez la femme, des monorchites, des cleptorchites, des épispadias; beaucoup de difformités sont dues à l'hérédité morbide et nerveuse. Il en est de même, chez la femme, des altérations du vagin, toutes les déformations qui ont été signalées par les naturalistes et les chirurgiens sont très souvent liées à l'hérédité morbide. Mais, indépendamment de ces déformations

organiques, il y a surtout des al_
térations de fonctions. Monsieur
Magnan a, tout récemment,
attiré l'attention sur ces altéra_
tions que M. Legrand du
Saulle et moi nous avons déjà
signalées précédemment, et qui
sont souvent notées dans les
ouvrages de Morel. C'est tout
un chapitre nouveau à faire,
un volume, une monographie
à faire sur les altérations

des fonctions génitales chez les aliénés héréditaires. La plupart des héréditaires, pour ne pas dire tous, présentent des anomalies dans les fonctions génitales. Ils ne sont pas constitués comme les autres hommes. La plupart des perturbations génitales que l'on a observées, qu'on décrit dans les traités d'impuissance, d'infirmités, ou dans les autres ouvrages spéciaux

ne sont pas autre chose que des altérations organiques survenant chez les personnes atteintes d'héré_dité nerveuse ou mentale. Il y a, sous ce rapport, une étude interessante, au point de vue des divers degrés de l'impuis_sance, au point de vue des divers degrés de l'acte géni_tal et de la manière irrégu_lière dont il peut s'accom-

plir. Non seulement l'onanisme passé à l'état incoercible, excessif, incessant, comme il existe chez certains enfants ou adultes, est un signe évident d'hérédité, mais beaucoup d'autres altérations ou perturbations des fonctions génitales sont liées à la même cause. C'est ainsi que, dans ces dernières années, M. Wesphal et d'autres ou-

allemands ont étudié ce qu'ils ont appelé l'inversion sexuelle ou l'attraction des sexes semblables les uns pour les autres, et ils ont relié ces altérations des fonctions génitales à l'hérédité morbide et nerveuse. Monsieur Magnan, dans ses dernières publications a insisté sur ces divers détails relatifs à ces altérations des fonctions génitales. Vous voyez donc, Messieurs, que les signes physiques des folies

héréditaires sont très nombreux et portent sur tous les organes et surtout sur les organes géni-taux.

A côté des signes physiques vien-nent les signes de l'ordre intel-lectuel. Ici, l'étude mériterait d'être plus étendue, mais le temps me manque pour donner tous les développements nécessaires. Ces altérations de l'intelli-gence sont moins prononcées

dans la folie héréditaire, que les altérations des sentiments et des penchants. Cependant, il existe quelques caractères généraux sur lesquels il importe d'attirer l'attention.

Le premier de ces caractères, c'est l'altération très diverse des facultés chez ces individus. Ils ont des facultés très développées, ils sont très bien doués sous certains rapports et très

mal sous d'autres rapports. L'intel-
ligence est très inégale. On ob-
serve souvent, dès l'enfance, dès
l'âge adulte, chez ces individus,
des facultés éminentes, des
facultés spéciales, pour la mu-
sique, le calcul, les mathéma-
tiques, la mécanique, des mé-
moires spéciales, des facultés
extrêmement développées qui
attirent l'attention des profes-
seurs et des parents et font

de ces enfants, de véritables petits prodiges ; et, à côté de ces facultés éminentes, plus développées, se trouvent d'immenses lacunes des facultés intellectuelles, des affaiblissements, des débilités, qui font que ces individus qui se rapprochent des hommes de génie, des hommes supérieurs au point de vue de leurs facultés spéciales, se rapprochent, au contraire, des imbéciles et des

idiots par les lacunes considérables qu'ils présentent sous d'autres rapports. Cette inégalité de dévelop-pement des facultés intellectuelles est un caractère essentiel de tous les individus prédisposés à la folie, de tous les héréditaires, en un mot. Cette inégalité des facultés intellectuelles peut être suivie, non seulement dans l'enfance et dans la puberté

mais pendant toute la vie. Quelques uns de ces individus ont des facultés supérieures qui s'arrêtent, qui se suspendent et disparaissent à l'époque de la puberté; d'autres, au contraire, conservent ces facultés éminentes pendant toute leur vie, mais avec des lacunes énormes qui font contraste. C'est ainsi que l'on observe souvent, par-

mi les hommes supérieurs sous certains rapports : les calculateurs, les mathématiciens, les peintres, les hommes qui ont brillé par certaines facultés spéciales, des originalités, des bizarreries, des inégalités extrêmement remarquables, sur lesquelles il importerait d'attirer l'attention.

Les altérations de l'intelligence

chez les héréditaires, se manifestent sous des formes très diverses. Il y a des malades qui présentent, de très bonne heure, des dispositions à l'invention, des dispositions aux découvertes partielles, mais ce ne sont pas de véritables inventeurs; ils ont des aperçus très ingénieux qui, souvent, les mènent à de véritables découvertes, mais leurs découvertes sont toujours incomplètes, mal-

coordonnées, et ils ont souvent besoin de l'aide d'autres intelligences pour compléter ces découvertes et pour les amener à un résultat pratique, à un résultat défi-nitif.

Les commissions de l'institut sont encombrées de ces individus qui ont des facultés très su-périeures, qui, souvent, font des découvertes utiles; mais

qui sont, en même temps, en même temps, des originaux, des excentriques, des bizarres et qui, souvent, méconnaissent l'importance des découvertes qu'ils ont faites, ou, au contraire, l'exagèrent et viennent tourmenter incessamment les membres de l'Institut pour obtenir des récompenses auxquelles ils croient avoir droit. Claude

Bernard, autrefois, racontait sou-
vent des anecdotes de ce genre.
Il a fourni à M. Morel
des sujets considérables pour
décrire ces inventeurs à facul-
tés partielles, qui sont, certai-
nement, le plus souvent, des
héréditaires. D'autres, se pré-
sentent sous la forme hypo-
condriaque, mais l'hypocondrie
a alors des caractères parti-

culiers. Au lieu de se préoccuper d'une maladie réelle, d'une maladie fréquente comme la phthisie, comme les maladies de cœur, comme la syphilis, ainsi que le font habituellement les hypocondriaques ~~héréditaires~~ qui vont tourmenter les médecins, ces hypocondriaques héréditaires ont des idées tout à fait singulières, étranges, absurdes, dont ils ne compren-

nent pas l'énormité et qu'ils racon-
-tent avec une conviction qui
étonne de la part d'hommes
du reste intelligents. Ils vous
disent, par exemple, que leur
sang est figé ; que leur sperme
est passé dans le sang ; ils
ont des notions, des idées hy-
pocondriaques tout à fait spé-
ciales, absurdes, singulières,
et qui caractérisent spéciale-
ment l'hypocondrie héréditaire

Chez d'autres héréditaires, il y a des inégalités très grandes dans le développement de l'intelligence, suivant le moment où on les observe ; ils ont des périodes d'excitation et de rémission ; ce sont des demi-circulaires en quelque sorte. Ce sont eux qui font dire à Morel que la folie circulaire n'était pas une folie réellement spéciale, que c'était un caractère apparte-

nant à tous les héréditaires.
En effet, il y a des périodes de rémission et des périodes d'excitation fréquentes chez ces malades; seulement ces périodes ne sont pas régulières, elles ne sont pas caractérisées, elles ne sont pas nettes, comme dans les véritables folies circulaires qui méritent une description réellement spéciale et distincte.
Chez d'autres malades, enfin,

plus avancés dans la maladie, il y a quelquefois des conceptions délirantes. Ces conceptions délirantes sont de diverses natures; ce sont des idées de persécution, des idées d'orgueil et des idées hypocondriaques. Elles viennent se greffer sur le fond général de l'intelligence altérée, mais elles présentent des caractères tout particuliers.

Au lieu d'être comme les

conceptions que nous avons décrites dans d'autres formes de maladies mentales, comme les idées de persécution, par exemple, sur lesquelles j'ai attiré votre attention dans la dernière séance, au lieu de parcourir les diverses phases, les diverses formes que l'on observe dans le délire de persécution essentiel, les idées de persécution, chez les héréditaires, les

tent stationnaires, au même point, comme les idées de grandeur; elles surgissent un beau jour, tout-à-coup, sans cause appréciable; elles sortent comme d'une boîte à surprise, subitement, sans être préparées par une longue élaboration. Une fois installées, elles persistent au même degré, sous la même forme, sans subir les diverses transformations et les divers

évolutions que je vous ai décrites, notamment au cours du délire de persécution. Ce mode de production des idées, chez les héréditaires, est extrêmement remarquable et est un des caractères de ces folies spéciales.

Après les signes tirés de l'ordre intellectuel, viennent les signes de l'ordre moral. Ce sont les signes principaux. La plupart des hé-

réditaires, ou, pour mieux dire, tous les héréditaires ont des altérations de caractère, des altérations des sentiments et des penchants : ils sont égoïstes, orgueilleux, bizarres, fantasques, étranges, singuliers dans tous leurs sentiments et dans tous leurs actes. Ils diffèrent, sous ce rapport, totalement de tous les autres hommes, de tous les hommes qui entourent ; depuis

leur naissance jusqu'à la mort, ils ont une nature morale absolument différente de celle des autres hommes. Cette nature morale peut se caractériser par l'orgueil, l'égoïsme, par l'absence de sens moral, comme l'a fait très bien le docteur Campagne, dans son traité de la manie raisonnante. Mais, quand on reste sur ce terrain, on est sur un terrain

très délicat, parceque les altéra_
tions de caractère de l'état nor_
mal ressemblent beaucoup à
celles de l'état maladif ; la
limite est très difficile à poser,
quand on reste sur ce terrain,
entre les caractères de l'état
normal et les caractères des héré_
ditaires. Il y a là une diffi_
culté énorme pour séparer l'état
physiologique de l'état pathologique

C'est pourquoi il importe d'approfondir cette étude et de chercher des caractères particuliers qui permettent de distinguer les altérations morales, chez les héréditaires, des simples altérations de caractère chez l'homme à l'état normal; il faut ajouter l'observation purement psychologique, telle qu'on la faite autrefois.

Ce qui a fait contester par beaucoup de magistrats, de philosophes, la folie raisonnante. C'est précisément parceque les auteurs qui nous ont précédés ne l'ont fait reposer que sur les caractères psychologiques et qu'alors la limite est difficile à établir entre l'état normal et l'état morbide. Aujourd'hui, au contraire, il faut entrer dans la voie clinique, chercher à décrire

les malades tels qu'ils sont dans la société et dans la vie privée, et chercher les caractères pathologiques qui soient très distincts de l'étude de l'état normal, de l'étude des psychologues. C'est dans ce but que nous chercherons à distinguer les diverses variétés de folies héréditaires, des folies avec conscience et du délire du toucher

sur lesquels j'insisterai dans la prochaine séance. C'est donc surtout par les actes des héréditaires que l'on peut caractériser leur état morbide et le distinguer des caractères normaux. Les actes des héréditaires peuvent se diviser en deux groupes: les actes singuliers, bizarres, grotesques, ridicules, inoffensifs et, au contraire, les actes dangereux

et criminels. Les actes grotesques, ridicules, sont extrêmement nombreux. On en trouve des exemples dans toutes les observations de folie raisonnante qui ont été publiées par divers auteurs, en dernier lieu par Morel. Dans l'ouvrage de Trélat sur la folie lucide, il y a des observations extrêmement intéressantes sur les actes bizarres

des aliénés raisonnants héréditaires. Il y a, par exemple, une observation d'une malade qui passait sa vie à collectionner des petits papiers dans ses armoires ou dans ses tiroirs ; tous les objets les plus malpropres, tous les produits excrémentiels, en quelque sorte, des rognures d'ongles, de cérumen, tous les produits de son organisme, qu'elle collectionnait

ainsi dans de petits papiers,
ses cheveux, qu'elle réunissait
dans ses tiroirs, dans ses ar-
moires, etc. D'autres malades
ont des actes extrêmement va-
riés sur lesquels j'insisterai
dans la prochaine séance, à
propos du toucher. Ils crai-
gnent le contact des objets
extérieurs, des boutons de porte,
ils pas craignent de toucher des

objets métalliques, des monnaies, ils ont des craintes de tous genres ; ils font des actes ridicules, bizarres, les plus grotesques, qui attirent l'attention, qu'on appelle souvent dans le monde, des manies ; ces actes sont extrêmement nombreux et méritent d'être étudiés parce qu'ils caractérisent essentiellement les héréditaires. Mais ce qui attire le plus

l'attention, ce sont les actes dangereux et criminels. Souvent, ces malades sont conduits devant les tribunaux et sont accusés pour des actes d'incendie, d'homicide, de vol, pour des actes obscènes, impudiques. On éprouve alors de grandes difficultés à démontrer l'existence de la folie et l'irresponsabilité de ces individus. C'est dans cette catégorie qu'il faut

placer tous les malades qu'on a décrits autrefois sous le nom de monomanes instinctifs, monomanes impulsifs, monomanie du vol, monomanie du meurtre, monomanie de l'incendie, lorsque ces actes, au lieu d'être motivés, au lieu d'être déterminés par une idée délirante, par une hallucination, comme dans les autres formes de la folie, sont, au contraire, impulsifs,

instinctifs et instantanés. Ce sont ces formes qu'on a décrites, depuis Esquirol, sous le nom de monomanies spéciales, qui sont, en réalité, de véritables formes héréditaires. Les actes sont accomplis dans des conditions spéciales. Le malade est poussé malgré lui, à accomplir un acte sans motif, sans idée délirante déterminée, le ma-

lade lui-même, après l'acte accompli, vient se livrer à la justice, il s'accuse lui-même de l'acte accompli. Il est reconnu, il proclame qu'il a été victime d'une force supérieure à sa volonté, qui l'a poussé malgré lui. Il y a, comme une sorte de détente après l'acte accompli, qui fait que le malade se sent satisfait, heureux. Il ne cherche pas à

motiver l'acte qu'il vient d'accomplir, il ne cherche nulle raison, nul prétexte pour se justifier, il reconnaît que l'acte a été accompli par lui, mais non pas volontairement, sous l'influence d'une pression exercée sur sa volonté, d'une force supérieure à sa volonté.

Ce sont ces monomanes instinctifs, impulsifs qui, en réalité, sont de véritables héréditaires,

chez lesquels il y a altération des fonctions. Or, ce qui prouve surtout combien ces altérations des penchants et des impulsions sont maladives, c'est que ces individus ne sont ainsi atteints que d'une manière périodique. C'est ordinairement par accès, sous une forme périodique, que se produisent ces impulsions instinctives, chez les aliénés héréditaires.

Cette forme de monomanie instin-
tive donc d'être séparée de la
monomanie du délire partiel,
pour être classée dans la folie
héréditaire. Et c'est ainsi que
la médecine légale des aliénés
acquerra de plus en plus
une valeur et une importance
clinique. De même que l'on
a séparé les actes commis par
les épileptiques de toutes les mo-

nomanies instinctives, de même on devra séparer les actes instinctifs également commis par les aliénés héréditaires. On arrivera ainsi à faire de la médecine légale clinique au lieu de la médecine légale qu'on possédait autrefois, qui n'était absolument basée que sur des données psychologiques ou sur des altérations absolument isolées des penchants et des im-

pulsions.

La folie héréditaire est donc carac-
térisée, d'une manière générale,
par des signes physiques, par des
signes d'ordre intellectuel et
par des signes de l'ordre mo-
ral. Mais ici se présente la
grande difficulté : c'est de sépa-
rer l'état de simple prédis-
position de l'état de maladie
confirmée. Beaucoup de malades
prédisposés par l'hérédité, qui

ont des aliénés atteints de ma_
ladies nerveuses ou mentales par_
mi leurs ascendants, qui ont l'hé_
rédité accumulée dans leur fa_
mille, présentent ces caractères
dès leur jeune âge ; mais ne
sont pas encore des candidats
à la folie ; ils ne sont que des
malades prédisposés, par l'hé_
rédité, à éprouver plus tard,
des formes diverses de mala_
dies mentales, mais ils ne

sont pas encore des aliénés. La difficulté est donc très grande pour poser la limite, dans ces cas, entre la raison et la folie. Ces malades peuvent passer les premières années de leur vie, les premières années de leur jeuness dans un état qui n'est pas l'état de folie et, plus tard, la maladie peut se développer d'une manière plus caractéri-sée.

Il y a donc là une étude clinique très importante à faire, pour séparer la simple prédisposition de la maladie confirmée. C'est là, la plus grande difficulté de la médecine. Le meilleur moyen, c'est de faire appel toujours au même criterium, au même principe que je vous ai signalé plusieurs fois : il faut étudier dans les maladies mentales, l'ensemble

des symptômes physiques et mo
raux, de la marche. Ce n'est
qu'à la condition d'étudier
l'ensemble de tous les symp
tômes physiques et moraux
et l'évolution de la maladie,
que l'on peut arriver à établir
l'état pathologique et à le dis
tinguer de l'état physiologique
Aucun des symptômes que je
viens d'indiquer ne suffit,
séparément, pour constituer la

maladie mentale, mais par leur réunion, par leur ensemble, par leur ordre de succession, ils peuvent servir au diagnostic et au pronostic. Ce n'est que par cette étude d'ensemble qu'on peut arriver à constituer les caractères cliniques véritables pour distinguer la raison de la folie. L'héréditaire peut présenter plusieurs des caractères que je viens d'indi-

quer et ne pas être un aliéné.

il faut pour qu'il devienne un aliéné irresponsable, possible à enfermer dans les asiles, un véritable aliéné, en un mot, au point de vue pratique, il faut un ensemble de caractères réunis, il faut qu'il y ait un tableau maladif complet, comprenant tous les ordres de symptômes, et surtout leur ordre de succession.

Or, c'est ce qui me reste à étudier en ce moment ; c'est la marche générale de la folie héréditaire.
La folie héréditaire commence dès l'enfance, dès le plus jeune âge. Les enfants provenant de parents ayant eu des maladies nerveuses ou mentales, sont différents des autres enfants. Dès leur jeunesse, les parents observent, chez eux, des dispositions tout à fait

spéciales. Ils sont quels querelleurs, violents, fantasques, inégaux, paresseux. On ne peut rien en tirer, rien en faire; ils résistent à toutes les sollicitations, à tous les moyens qui, ordinairement, servent à agir sur l'intelligence et le caractère des enfants. On est obligé de les changer de pensions, de les changer de lycées... On veut les faire élever dans la famille... les parents ne

réussissent pas plus que les profes_
seurs à les diriger. Ils sont
ingouvernables, ils sont impossibles,
ils se font renvoyer de toutes les
institutions, de tous les endroits
où on les place, ils sont incoercibles,
impossibles à diriger; ils ont, de
plus, des facultés spéciales dont
je vous parlais tout à l'heure;
ils peuvent avoir des mémoires
extraordinaires, des facultés émi_
nentes pour le calcul, la méca_

nique, la musique, le dessin, des
facultés isolées; et, à côté de ces fa
cultés considérables, il y a des lacun
énormes et ils sont incapables de
suivre l'éducation, l'instruction des
enfants de leur âge. Il y a donc
des inégalités dans leur moral,
dans leur intelligence, dans
toutes leurs facultés et dès leur
jeune âge, on peut constater
leurs prédispositions et leurs ca

ractères, de malades futurs, de malades héréditaires, c'est surtout à l'approche de la puberté que se manifestent les symptômes très caractérisés ; souvent dès l'âge de 12, 13 ou 14 ans, ces malades sont pris subitement d'accidents céré-braux, choréiformes, épileptiformes, hystériformes ou convulsifs, ou bien d'accidents de délire. Le délire survient, chez eux, pour la cause la plus futile, pour

pour un coryza, pour une angine, pour une maladie très légère, l'enfant est pris d'un délire violent, d'un délire très intense, très caractérisé et qui, souvent, à une assez longue durée, devient un véritable délire maniaque. Ces malades ont souvent, avant l'époque de la puberté, des accidents cérébraux extrêmement intenses qui mettent leur vie en danger

qui, souvent, dépassent toutes les prévisions des médecins, qui les trompent au point de vue du diagnostic comme à celui du pronostic, car, tantôt ces malades meurent alors qu'ils paraissaient faiblement atteints, tantôt, au contraire, ils guérissent dans d'autres cas où la mort paraissait inévitable. Il y a des surprises extrêmes pour les médecins dans ces maladies des enfants prédis-

posés héréditairement.

En cherchant bien dans les antécé-
dents des aliénés héréditaires, on
découvre presque toujours qu'ils ont
eu, à l'époque de la puberté, avant
la même puberté, des accidents cé-
rébraux extrêmement caractérisés.
A l'époque de la puberté égale-
ment, ils ont souvent des ma-
ladies nerveuses, des maladies
mentales passagères. On a étu-

dié la folie de la puberté, mais
on n'a pas assez insisté sur
son caractère héréditaire. La
plupart des enfants, et des jeu-
nes pubères qui ont des ascendants
cérébraux maniaques ou autres,
sont des héréditaires. Cela existe
aussi bien chez les jeunes filles
que chez les jeunes gens. Chez
les jeunes filles le passage de
la puberté est souvent diffi-

cile et se présente avec des symp-
tômes hystériques nerveux choréi-
formes très prononcés, et alors les
jeunes filles souvent, suivent une
double voie dans l'évolution de
la maladie. Les unes, après avoir
présenté ces phénomènes maniaques,
hystériques, et autres, tombent,
peu à peu, dans la démence
précoce, dans une sorte de stu-
pidité accompagnée de salivation

et de malpropreté. Nous en avons tous les jours des exemples dans les Asiles, et nous voyons des jeunes filles à 15, 17 ans, atteintes d'accidents maniaques, d'accidents de névroses très intenses, qui semblent devoir guérir, qui semblent atteintes d'une maladie passagère, et qui, cependant, succombent bientôt à la démence précoce et à l'incurabilité.

C'est une forme de maladie mentale, une transformation de l'hystérie qui n'est, en réalité, qu'une maladie héréditaire.

D'autres, au contraire, guérissent de ces états nerveux, de ces états de délire passager. Mais alors, _elles_ ou _ils_ tournent, à une autre forme de folie, c'est à dire à la folie héréditaire proprement dite, à la folie des actes. Il y a donc, à l'époque de la pu-

berté une sorte de bifurcation dans l'évolution de la maladie ; les uns tournent vers la démence et l'idiotisme, les autres, au contraire, vers la folie raisonnante, vers la folie des actes. C'est une bifurcation sur laquelle il importe beaucoup d'appeler l'attention et qu'il faudrait étudier avec beaucoup de soin, dans sa cause.

Nous n'avons à nous occuper, en ce moment, que de ceux qui tour-

nent à la folie héréditaire, à la folie des actes. Ces malades sont extrêmement bizarres dans leurs actes et dans leur manière de vivre ; et, à partir du moment où ils ont eu ces accidents cérébraux dont je viens de vous parler, ils ont une activité nerveuse exagérée, ils ont un besoin incessant de mouvement ; ils se déplacent, ils changent de profession, ils changent d'idées, ils

mènent une vie vagabonde, aventu-
reuse; les uns entrent dans la ma-
rine, dans l'armée, s'en font
renvoyer pour des actes d'indis-
cipline, se font traduire devant
les conseils de guerre, se font
gracier quelquefois; après avoir
été condamnés, sortent de l'armée
ou de la marine, entreprennent
d'autres professions ou d'autres
études; quelquefois ils entrent
dans les couvents, ils mènent

une mènent une vie exemplaire pendant quelque temps... plus tard ils s'abandonnent à tous les excès et ont la vie la plus dissipée et la plus aventureuse, la plus vagabonde; ils font des voyages ils font le tour du monde, ils sont en mouvement perpétuel, et on voit quelques uns de ces jeunes gens, arrivés à 25, 26 ans, avoir déjà parcouru 7 ou 8 professions. C'est une vie

vagabonde, aventureuse, tout à fait caractéristique de ces états, de ces folies héréditaires, en en voie d'évolution. Plus tard, ces malades se livrent souvent à des actes justiciables des tribunaux et se font condamner comme criminels; d'autres manifestent leur délire d'une façon imprévue et sont enfermés dans les asiles d'alié_nés. Mais, à peine enfermés, ils se montrent tellement rai_

sonnables qu'on les met de nouveau en liberté et qu'ils recommencent alors leur vie vagabonde et irrégulière ; d'autres, enfin, se marient, mais après s'être mariés abandonnent leur femme, vivent avec d'autres femmes, se séparent, font des voyages, changent d'existence, en un mot mènent la vie la plus irrégulière, la plus aventureuse. Rien n'est curieux et interessant

comme l'existence mouvementée de ces aliénés héréditaires, dans les premières périodes de leur vie, depuis la puberté jusqu'à l'âge adulte et même jusqu'à l'âge mûr. Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'à côté de ces phénomènes de l'ordre intellectuel, il y a en même temps, chez eux, des phénomènes physiques, non seulement les phénomènes physiques permanents dont je

vous parlais tout à l'heure, qui durent pendant toute la vie, mais des phénomènes physiques se produisant sous forme d'accès sous forme accidentelle, non seulement les perversions des fonctions génitales qui existent chez presque tous les héréditaires, sur lesquelles j'ai appelé l'attention, mais des accès véritables de troubles moraux, des

accidents congestifs. C'est une remarque qui n'avait pas été faite autrefois, qui, aujourd'hui, est confirmée par les observateurs: il y a, chez tous les aliénés héréditaires, dans le cours de leur existence, depuis la puberté jusqu'à la mort, des accès de délire ou des accès congestifs subits, qui se produisent d'une manière tout à fait irrégulière à longs intervalles, qui sont

séparés souvent par de longs in-
tervalles de raison relative et
qui sont caractérisés par des phé-
nomènes cérébraux extrêmement
intenses. Ces malades ont un
délire aigu qui les prend su-
bitement; ils deviennent carac-
térisés, ils deviennent mania-
ques, ils sont enfermés dans les
asiles avec un délire des plus
caractérisés par des accidents
convulsifs, des pertes de connais-

sance, avec coma qui semble de_
voir entraîner la mort. Dans
quelques cas, ils succombent,
mais, dans la plupart des cas,
ils échappent, et, au bout de
quelque temps, reviennent à l'é_
tat antérieur; il n'y aucune
trace de cet état cérébral pas_
sager qui a été extrêmement
grave et qui a fait croire à
une mort imminente. C'est

ce qu'on a observé, en particulier dans le célèbre avocat Sandon, qui a attiré l'attention, qui a été l'objet de discussions si nombreuses et si passionnées. Chez ce malade dont la folie était contestée et qui est devenu l'objet de plusieurs expertises médico-légales, il y a eu, pendant sa vie, sept attaques successives

de congestion, qui ont été démontrés plus tard, à sa mort; on a trouvé à son autopsie, sept foyers de diverses époques, sept foyers apoplectiques dans diverses parties du cerveau, le dernier dans la protubérance qui avait entraîné la mort, mort qui a eu lieu devant l'hotel-Dieu, ce qui a permis de faire son autopsie. Cette autopsie de Landon

est un des faits les plus curieux et les plus interessants au point de vue de l'histoire des folies héréditaires et des folies raisonnantes. Voilà un homme très intelligent, un avocat distingué, qui avait une facilité d'élocution énorme, et qui, cependant, était un aliéné, un aliéné raisonnant et qui, en dehors des perturbations morales qui ont attiré l'atten-

tion des experts et des observateurs, a présenté des symptômes physiques imprévus, se produisant sous forme d'accès, à plusieurs reprises, pendant sa vie, et qui, à la fin, ont entraîné sa mort par des causes cérébrales. Ce seul fait, qui a été très bien observé après l'autopsie, n'est qu'un fait entre mille. C'est un exemple à citer à l'appui

de cette observation qui a été renouvelée depuis, et qui démontre que, dans la folie héréditaire, il y a bien souvent des accidents de ce genre qui se produisent à diverses époques de la vie. La folie héréditaire, comme vous le voyez par ce résumé très rapide et malheureusement trop succint, est donc une maladie évidemment

caractérisée dans l'état de la science. On peut résumer ses caractères sous une forme générale, sous une forme très brève. C'est par là que je termine cette leçon. Le premier de ces caractères, c'est que c'est une maladie essentiellement rémittente, elle est continue, elle dure pendant toute la vie, mais avec des accès très caractérisés comm

je viens de vous l'indiquer, ac
cès qui se manifestent non-
seulement par des troubles ne-
veux mais par des symptômes
physiques momentanés. La
reinstence et l'intermittence est
un caractère général des folies
héréditaires proprement dites,
mais des folies qui subissent
l'empreinte de l'hérédité,
ainsi des manies intermittentes

des mélancolies intermittentes. Les folies circulaires, les folies intermittentes sont, presque toutes, des folies survenant chez des malades héréditaires au début, de sorte que ce caractère de rémittence et d'intermittence s'applique, non seulement aux folies héréditaires proprement dites, mais à toutes les folies empreintes d'hérédité.

Le second caractère c'est la lucidité, c'est à dire la

conservation d'une grande partie de l'intelligence. Les fous lucides, les fous raisonnants, sont tous des aliénés héréditaires; l'intelligence est atteinte dans une certaine mesure, comme je vous le disais tout à l'heure, mais elle est beaucoup moins atteinte que les sentiments et les penchants.

Le troisième caractère, précisément, c'est celui-ci : c'est

que la maladie est surtout caractérisée par des altérations des penchants et des sentiments, et par le désordre des actes. C'est ce qui constitue essentiellement le fond de la maladie.

Quatrième caractère, c'est que ces malades n'aboutissent jamais à la démence. Au lieu de passer par les phases

diverses que l'on observe dans les autres formes de maladies mentales, les héréditaires restent à peu près stationnaires jusqu'à la fin de leur vie. Ils ont des poussées congestives et délirantes, mais accès momentanés, mais ils reviennent à leur état antérieur, et, en général, quand ils meurent, ils ne sont pas plus déments, plus affaiblis intellectuellement

qu'ils ne l'étaient à leur nais-
sance ou à l'époque de leur
puberté. Ils conservent leur
intelligence, leur degré d'intel-
ligence, pendant toute leur
vie, avec de simples inégalités
dans le caractère délirant, je
veux dire dans le délire.
Un cinquième caractère, c'est que
ces malades ne présentent pas
d'hallucinations. Ils n'ont
(excepté peut-être dans les
grands accès de délire ma-

niaque ; ils n'ont pas, dans leur état habituel, d'hallucinations ; ni de la vue, ni de l'odorat, ni du toucher. Tandis que les persécutés présentent ces hallucinations à un très haut degré, comme je vous l'ai dit dans la dernière séance, les aliénés héréditaires n'ont pas d'hallucinations. Ce caractère est

très important au point de vue clinique, au point de vue de l'observation et au point de vue de la distinction entre les malades héréditaires et ceux qui ne le sont pas. Je vous citerai l'exemple du délire de persécution dont je vous parlais dans la dernière séance. Il y a des persécutés essentiels qui appartiennent à la forme clinique que je vous

ai décrite, mais, à coté d'eux,
il y a des persécutés héréditai
sur lesquels j'ai déjà appelé
votre attention, qui sont essen
tiellement différents des autres
persécutés. Ces persécutés héré
ditaires qui deviennent des per
sécuteurs, n'ont pas d'halluci
nations et leur délire de persé
cution ne passe pas par les
phases diverses où passent les

autres persécutés. Ils n'ont pas
un délire progressif, un délire
qui passe par les phases suc-
cessives d'interprétations, d'hal-
lucinations, du délire chronique.
et du délire de grandeur; ils ne
passent pas par ces phases suc-
cessives, ils ont souvent des idées
d'orgueil, mais ces idées d'or-
gueil arrivent d'une manière
inattendue comme chez les hérédi-

taires. Ces persécutés persécuteurs ont des craintes, accusent quelquefois les sociétés secrètes ou les francs-maçons, mais accusent surtout un individu en particulier, qui est un persécuteur et que, eux, à leur tour, ils persécutent, qui deviennent leur victime. C'est une variété spéciale du délire de persécution chez les héréditaires, qui mérite de de-

venir l'objet d'une monogra-
phie spéciale. Il faut distin-
guer essentiellement ces persécutés
persécuteurs héréditaires des persé-
cutés essentiels sur lesquels j'ai
appelé votre attention dans la
précédente séance. L'absence d'hal-
lucinations est un des caractères
essentiels qui permettent de sé-
parer ces persécuteurs des autres
persécutés. Un autre caractère

consiste dans le mode de production des idées délirantes. Comme je vous le disais tout à l'heure, chez les héréditaires, les idées délirantes surgissent tout-à-coup, elles viennent sans préparation, sans élaboration préalable ; un beau jour, un persécuteur se chausse d'une idée qui surgit dans son esprit et qui acquiert chez lui un degré de

fixité, de conviction étrange. Ces malades sont absolument convaincus de la vérité de leurs idées fausses, qui sont nées spontanément, sans cause appréciable. Ils se croient un grand seigneur, un grand personnage; ils se croient victimes d'une persécution à cause de leur origine spéciale; ils ont une idée, un roman qui surgit tout-à-coup dans leur tête

qui acquiert une grande fixité, qui dure souvent très longtemps, mais qui ne subit pas l'évolution des idées des persécutés ordinaires. Il en est de même de tous les délires chez les héréditaires : ce sont des idées spontanées, des idées qui surgissent tout-à-coup, qui durent souvent très longtemps, pendant plusieurs mois, pen-

dant plusieurs années, avec une grande fixité, mais qui, chose étrange, disparaissent sou-nent un beau jour, comme elles sont venues, avec la même rapidité, et sont alors remplacées par une nouvelle délirante qui prend la place de celles qui vient de dis-paraître. Il y a là, chez les héréditaires, un caractère parti-culier dans le mode de produc

tion des idées délirantes, et dans leur mode de disparition. Le docteur Morel avait déjà signalé ce fait sur lequel M. Magnan sur lequel M. Magnan a insisté dans ces derniers temps avec raison. Enfin, le dernier caractère important, c'est l'alliance des signes physiques avec les signes de l'ordre moral. Comme je vous le disais

tout à l'heure, il y a deux ordres de signes physiques chez les héréditaires : les signes permanents qui existent depuis la naissance, qui durent pendant toute la vie et les signes physiques temporaires, c'est à dire les accès convulsifs et convulsifs qui se produisent à divers intervalles pendant la vie du malade atteint de folie héréditaire.

Vous voyez donc, Messieurs, par ce résumé malheureusement trop court, trop incomplet des carac_tères et de la marche des folies héréditaires, que, dans l'état actuel de la science, il est possi_ble d'admettre une folie hérédi_taire spéciale, qui n'est autre chose que la folie raisonnante, la folie des actes, la folie morale des auteurs qui ont

précédés ; seulement, au lieu de se borner à la description vague qu'en avaient faite nos prédécesseurs, on peut, depuis les travaux de Morel, arriver à beaucoup plus de préci_sion dans la description des si_gnes physiques et des signes intellectuels et moraux de cette forme particulière de maladie mentale ; on peut arriver à la constituer à l'état de forme

distincte, au milieu de toutes les autres formes de maladies mentales. Seulement, deux écueils importants sont à éviter dans cette séparation; ce sont deux écueils dans lesquels M. Magn[illegible] est peut-être tombé, car il me paraît étendre outre mesure la sphère des folies héréditaires; ces deux écueils sont de bien délimiter cette forme de la folie

du côté physiologique et de bien la délimiter du côté pathologique. La grande difficulté est de bien délimiter les prédisposés, les excentriques, les originaux, les gens bizarres, des véritables aliénés. Voilà le premier écueil et, très souvent, il arrive qu'on donne le nom d'aliénés héréditaires à des individus qui ne sont que des prédisposés, qui ne sont pas encore des aliénés. D'un autre

côté, l'autre difficulté c'est de
séparer cette forme de la folie,
qui est encore mal délimitée
de toutes les autres formes visi-
bles de l'aliénation mentale,
La plupart des formes de l'alié-
nation mentale sont produites
sous l'influence de l'hérédité,
et elles subissent cette influence.
Ainsi, par exemple, les persé-
cutés sont souvent liés à l'hé-

rédité comme les hypocondriaques, les épileptiques, les hystériques ; il y a une influence héréditaire qui s'exerce chez ces malades, et l'on peut même dire que la cause héréditaire imprime un cachet particulier à ces diverses formes de maladies mentales. Ainsi, les persécutés héréditaires sont, comme je vous le disais tout à l'heure, des persécuteurs,

sans hallucinations ; les hypo-
condriaques héréditaires ont des
idées plus absurdes, des idées
plus incohérentes, moins faciles
à admettre que celles des hypo-
condriaques ordinaires simplement
vésaniques. Il en est de même
des épileptiques et des hystériques
liés à l'hérédité. Dans ces
cas, l'épilepsie est plus sou-
vent larvée, les phénomènes

hystériques sont peu caractérisés, consistent dans des symptômes isolés et non pas dans les grandes attaques parfaitement caractérisées de l'hystérie. Les formes diverses de maladies mentales qui ont subi l'empreinte de l'hérédité ont donc un cachet dû à ce fond héréditaire, mais ce ne sont pas, pour cela, des folies héréditaires, elles ne méritent pas d'être décrites

comme folies essentiellement distinctes séparées ; il y a donc là une délimitation difficile à faire entre les formes de la folie bien décrites aujourd'hui et qui subissent l'influence de l'hérédité, et la folie héréditaire proprement dite. Ce sont là les deux grandes difficultés du sujet : séparer la folie héréditaire des simples prédispositions héréditaires et la

séparer de toutes les autres formes
de la folie. Ceci est tellement vrai
que nous allons décrire, dans la
prochaine séance, les folies avec
conscience et les états émotifs, le
délire du toucher, qui ne sont, en
réalité, que des folies héréditaires,
mais qui méritent une descrip-
tion spéciale. Il faut donc
pour le moment, jusqu'à la créa-
tion d'une justification vraiment

naturelle, admettre qu'il existe un grand groupe, un grand genre de folies, méritant le nom de folies héréditaires et qui a les caractères que je viens de vous indiquer; mais que dans ce groupe considérable, dans ce genre, dans cette famille, il existe des variétés spéciales, des variétés qui méritent d'être distinguées et d'être décrites séparément. Il ne faut

donc pas englober, sous le nom de folies héréditaires, tous les états dus à l'influence de l'hérédité et qui méritent une description spéciale. Ce n'est qu'à la condition de s'approcher de plus en plus de la vérité clinique, de l'observation clinique, de l'observation directe des malades que l'on peut faire avancer la pathologie mentale. Il ne faut pas se bor-

ner à ces généralités vagues, dont nous nous sommes conten[tés] jusqu'à présent ; il faut tâche[r] d'arriver à une description plu[s] pratique et plus réellement clini[que] ; il faut voir les variétés d'aliénés, non pas multiplier les variétés à l'infini, comme on l'a fait trop souvent, ne pas faire une espèce morbide de chaque symptôme qu'on observe

ne pas l'agoraphobie, la claustro-phobie, etc, comme on l'a fait, mais cependant décrire de plus grandes familles que celles que l'on connaît aujourd'hui. Ainsi la plupart des aliénés peuvent se diviser en quatre groupes : les paralytiques généraux, les persécutés, les malades atteints de folies intermittentes ou circulaires, et les héréditaires ; mais ceci ne

suffit pas, cette classification ne
suffit pas, et il faut pousser
plus loin l'observation : au mi-
lieu de ces grandes familles, de
de ces groupes trop compréhensifs,
il faut chercher des espèces et des
variétés distinctes, et il faut les
décrire séparément, au lieu de
les englober toutes dans un
groupe, dans un genre trop
vaste, trop étendu et dont les

caractères sont trop vagues et trop élastiques. Il faut donc admettre les folies héréditaires jusqu'à nouvel ordre, les décrire comme maladies spéciales, mais il faut établir des variétés qu'on décrira séparément.

C'est ainsi que je chercherai à faire dimanche prochain, en étudiant avec vous les folies avec conscience et les délires émotifs.

---

27 Décembre 1885

Messieurs,

Je vais terminer aujourd'hui le cours de cette année, par l'étude d'une variété particulière des folies hérédi-taires, à laquelle on peut donner le nom de folie avec conscience.

Comme je vous l'ai dit

dans la dernière séance, dans l'é-
tat actuel de la science nous
pouvons assigner quelques carac-
tères généraux aux folies héré-
ditaires qui se détachent, comme
une grande famille, comme
un groupe très vaste et très
étendu dans le domaine géné-
ral des maladies mentales.
Jusqu'à nouvel ordre, nous
pouvons admettre que, dans
les maladies mentales, il

y a, au point de vue de la classification, de grandes familles, en nombre assez restreint, telles que les paralysies générales, les folies héréditaires, les folies intermittentes ou périodiques, les mélancolies, etc. Mais cette classification générale qui est comme provisoire, comporte de grandes distinctions dans le détail, et il ne suffit pas d'admettre des familles très

étendues, très générales; il faut ar-
river plus près de l'observation
et il faut chercher à établir
dans ces grandes familles, des
espèces et des variétés. Les
caractères généraux assignés
aux folies héréditaires ne suf-
fisent donc pas pour l'étude
pratique et clinique des ma-
ladies mentales. Dans ces
grandes familles, il faut éta-

blir des distinctions. Or, une de ces variétés principales, essentielles, qui existent dans les folies héréditaires, c'est la folie avec conscience de son état, sur laquelle il importe d'appeler l'attention.

Pendant de très longues années on a cru que la conscience de son état n'existait jamais dans la folie. La plupart des auteurs qui nous ont précédés, ont admis comme ca_

ractère essentiel de l'état de foli[e]
la perte de conscience de son état
C'était le caractère pathognomo-
nique, caractère essentiel, l'un
des caractères des criteriums posés
comme diagnostic de la folie.
C'est cette affirmation que nous
trouvons dans les premiers traités
de nos maîtres et de tous ceux
qui nous précédés : Dans Esquirol,
dans les auteurs qui ont été
ses élèves, ainsi que dans Pinel

et ceux qui l'ont suivi, la folie est une maladie sans conscience de son état. M. Baillarger également, dans ses leçons cliniques, a posé ce principe que toute folie s'accompagnait de perte de connaissance, de perte de conscience de son état. Mon père, dans ses livres, dans ses articles, a émis la même opinion et a formulé la même doctrine. Cependant, il est remarquable que ces auteurs

qui ont posé un principe aussi ab-
solu en théorie, n'y ont pas tou-
jours été fidèles dans la pra-
tique. La vérité de l'observa-
tion s'imposait à eux, mal-
gré eux, et chacun d'eux a
cité dans ses ouvrages, des ex-
emples, des observations de
malades qui avaient conservé
la conscience de leur état :
Monsieur Baillarger, en parti-

culier, a publié, dans les Archives cliniques, une observation qu'il a lui-même intitulée : Folie avec conservation de la conscience de son état. La vérité de l'observation s'imposait donc malgré eux, malgré les doctrines générales qui avaient cours. Depuis une vingtaine ou une trentaine d'années, l'observation a fait un pas, et tous les observateurs, aujourd'hui, sont d'accord, pour

admettre qu'il y a une certain
catégorie d'aliénés qui ont
conservé la conscience de leur
état maladif. Ce fait est, au
jourd'hui, généralement admis
comme fait d'observation, alors
même qu'on ne se base pas sur
ce caractère pour établir une
variété spéciale de la folie.
Ce fait est même entré spécia
lement dans la science par
un article que le docteur Brühi

a publié dans le dictionnaire de Nogent, et qui porte le titre de Folie avec conscience.

Avant d'entrer dans la descrip-tion de cet état, il faut dire quelques mots génériques sur le mot conscience en psychologie. Le mot conscience a trois sens ab-solument distincts, dans la psy-chologie normale, dans la psy-chologie pathologique. Toute une école psychologique, l'école écos-

saise, l'école de Cousin, de Jouf-
froy, etc, repose tout entière sur
les faits de la conscience. Pour
ces philosophes, la conscience est
cette faculté, la conscience psycholo-
gique est cette faculté que nous
possédons tous de nous observer
nous-mêmes intérieurement, de
contempler, en spectateur impas-
sible, le mouvement intérieur
de nos facultés, de nos idées

et de l'observer.

C'est sur cette base que repose toute la psychologie de l'époque actuelle. La conscience psychologique est donc une faculté distincte, reconnue par tous les philosophes, et qui consiste dans la faculté que nous possédons de nous observer nous-mêmes intérieurement. Le mot conscience s'applique vulgairement, généralement, au contraire, à la conscience morale. C'est la faculté

que nous possédons tous, à divers degrés, de dicerner le bien ou le mal. Cette faculté varie d'intensité, de degrés, selon les peuples, selon les races, selon les pays, selon les milieux. Il y a, à cet égard, d'assez grandes diversités dans la conscience humaine. Mais tout le monde admet que l'homme a la faculté de dicerner le bien du mal et que cette faculté est la base de

la morale. Voilà donc deux sens très parfaitement reconnus par tous, donnés au mot conscience : conscience psychologique et conscience morale.

Eh bien, ce n'est dans aucun de ces sens que nous acceptons, aujourd'hui, le mot de conscience de son état, dans la folie. La conscience morale et la conscience psychologique, au lieu d'être supprimées chez les aliénés

existent chez presque tous les malades. Il faut être arrivé à un degré très avancé de la démence ou de l'obtusion intellectuelle, pour avoir perdu la faculté de s'observer soi-même intérieurement ou la faculté de dicerner le bien et le mal. Ces deux facultés, au lieu d'être supprimées, dans la folie, sont très généralement conservées

Les aliénés s'observent eux-mêmes, s'analysent, s'étudient et peuvent rendre compte, quand ils le veulent, de tous les phénomènes qui se passent dans leur intérieur. La conscience psychologique est donc une faculté presque toujours conservée dans l'aliénation mentale. Il en est de même de la conscience morale : les aliénés, en général, distinguent le

bien du mal, savent très bien quand ils font bien ou mal. Et aussi, lorsque la médecine légale ancienne se servait de ce criterium comme moyen de distinguer si un acte était cri-minel ou pathologique, ce cri-terium était essentiellement mauvais. Il a été abandonné. Autrefois, en Angleterre, par exemple, dans la loi an-

glaise, on admettait que tout individu qui avait le discernement du bien et du mal n'était pas un fou et devait être considéré comme responsable de ses actes. Cette idée a été complètement abandonnée depuis et tout le monde sait que tous les aliénés savent distinguer le bien du mal, qu'ils se sentent poussés, malgré

eux, à des actes violents ou criminels, des actes qu'ils ne ne peuvent pas arrêter ou réprimer, mais qu'ils savent très bien quand ils font bien ou mal. C'est même sur ce fait que repose le code pénal, en quelque sorte, des aliénés dans les asiles, c'est à dire les punitions et les récompenses qui servent, dans une

certaine mesure, à les diriger, à établir la règle et l'ordre dans les maisons d'aliénés. Ces deux facultés sont donc conservées en général, dans l'aliénation mentale. Il n'en est pas de même de la conscience de son état. La plupart des aliénés n'ont pas conscience de leur ~~mo~~ état maladif, ils savent les faits qui se passent en eux, ils observent leur propre état maladif

mais ils croient à la réalité de leurs idées fausses, ils ne se considèrent pas comme aliénés, et, au contraire, ils se considèrent comme pleins d'esprit, comme pleins de raison, et ont souvent un orgueil considérable. Il est donc exact de dire que la conscience de son état est presque toujours supprimée ou absente dans la folie. Mais, précisément, ils

y a une catégorie d'aliénés, particulière, et d'aliénés héréditaires qui, spécialement, d'une manière exceptionnelle, ont conservé cette faculté. C'est sur ces malades que je veux vous parler aujourd'hui. Cette conservation de la connaissance de son état est un fait très important, un fait capital qui, par cela même, peut servir de base à une véri_

table classification des malades.
Tous les aliénés qui conservent cette conscience de leur état sont des héréditaires, et sont des périodiques. Ils présentent un ensemble de caractères que je vous ai déjà énumérés dans la dernière séance à propos de toutes les folies héréditaires. Ces maladies avec conscience sont héréditaires, c'est à dire qu'il y a chez les

malades ascendants des mala-
dies nerveuses ou des maladies
mentales variées. Elles sont pério-
diques ou rémittentes; c'est encore
le second caractère des folies hé-
réditaires. Elles s'accompagnent
du délire des actes et du trou-
ble des émotions et des im-
pulsions plus que des troubles
de l'intelligence; elles n'ont pas
d'hallucinations, elles n'abou-

tissent jamais à la démence ; en un mot, elles présentent tous les caractères que nous avons assignés aux folies héréditaires en général.

La folie avec conscience mérite donc d'être décrite d'une manière distincte et spéciale jusqu'à nouvel ordre. Pour la bien décrire il faut d'abord établir des degrés ; il faut ensuite

établir des distinctions assez importantes. Ce premier degré est, en quelque sorte, un degré physiologique ; il ne peut pas être considéré comme une véritable maladie mentale. C'est un fait sur lequel il importe beaucoup d'insister. Il est, en effet, des individus prédisposés à la folie, mais qui sont loin d'être des aliénés, et qui, souvent, ne le de-

viennent jamais, qui présentent, dès leur enfance surtout, à l'é-poque de la puberté, certains phénomènes psychiques tout par-ticuliers, des idiosyncrasies, des anomalies psychiques isolées, par-faitement indépendantes du reste de l'intelligence, qui sont des espèces de tics, des espèces d'a-nomalies intellectuelles et qui ne constituent pas du tout de

véritables folies. Ces phénomènes élémentaires sont la base de la folie avec conscience, mais peuvent très bien, chez beaucoup d'individus, rester à l'état isolé et n'avoir aucune influence sur la santé générale ni sur la raison. On peut citer quelques exemples sur lesquels je reviendrai tout à l'heure. Il y a des personnes qui, par exemple,

ont la crainte de se raser, ~~dans~~ ~~la~~ se couper la gorge. C'est un fait assez fréquent, qui existe souvent isolé dans l'intelligence humaine. D'autres ont la peur des fenêtres ouvertes; ils craignent de se jeter par la fenêtre quand ils sont devant une fenêtre ou sur un balcon. Dans d'autres cas, ils ont peur de passer près d'une rivière ou sur

un pont dans la crainte d'être portés à se jeter ~~d~~dans la rivière. Il y a ainsi un certain nombre de craintes instinctives, certaines anomalies intellectuelles et émotives qui existent chez certains individus, sans entraîner d'ailleurs d'autres ~~s~~ symptomes maladifs. Ce sont d'ailleurs, des phénomènes isolés et des craintes spéciales, mais qui

ne constituent pas de véritables maladies mentales. Il faut bien se garder de considérer comme aliénés les individus qui présentent ces anomalies intellectuelles, mais c'est là le premier degré de ce qui pourra, plus tard, devenir la folie avec conscience. Tantôt ces malades restent stationnaires, en quelque sorte, restent toute leur vie avec ces craintes isolées

sans influence sur le reste de leur intelligence, tantôt, au contraire, ces phénomènes élémentaires deviennent la base et le point de départ de l'évolution d'une véritable folie avec conscience. C'est là un premier degré qu'il importait de signaler tout d'abord, mais ce degré n'est pas une véritable folie. Pour étudier la folie ~~la~~ avec conscience, il

faut l'étudier sous quatre as-
pects principaux, elle peut porter
sur les sensations, sur les idées
sur les émotions, ou sur les im-
pulsions. De là, quatre divisions
parfaitement naturelles qu'il
importe de passer en revue suc-
cessivement. Les sensations. Ce
côté de la question a été assez
étudié : dans tous les ouvrages
sur les hallucinations, on admet

ce que l'on a appelé les hallucinations compatibles avec la raison. C'est à dire des phénomènes subjectifs de la vue, de l'ouïe, de l'odorat, qui se produisent involontairement, spontanément; mais dont le malade a conscience, dont il constate l'inanité, l'illusion et la non réalité. Ces faits ont lieu surtout dans le domaine

du sens de la vue. Il y a un certain nombre de malades qui dans des états nerveux variés, voient apparaître, devant leurs yeux, des espèces de fantasmagories, des visions mobiles, des panoramas, des visions mouvantes qui passent le long des murailles, qui passent devant leurs yeux, qui flottent de

droite à gauche ou de gauche à droite, qui apparaissent comme de véritables tableaux mouvants, et dont les malades apprécient parfaitement la nature pathologique. Ces malades assistent comme à un spectacle dont ils ne sont pas victimes, dont ils ne sont pas dupes ; ils ne croient pas à la réalité de ces visions

extérieures. Ils savent qu'ils éprouvent des phénomènes subjectifs comme on en éprouve souvent au début de l'amaurose dans des maladies de la rétine ; mais ils assistent en spectateurs passifs à ces tableaux mouvants, et ils ne croient pas à leur réalité extérieure. Ce sont là des sensations morbides qui se produisent avec conscience

de l'état maladif. Ce fait a été très étudié et je n'ai pas à y insister aujourd'hui. Dans tous les ouvrages sur les hallucinations, on cite les hallucinations dites psychologiques ou avec conscience. Je passe à la seconde catégorie qui est moins connue: la catégorie des idées qui surgissent dans l'intelligence humaine involontaire_

ment, et qui s'imposent à la conscience, et dont, pourtant le malade n'est pas dupe. Cet état, qui a été signalé dans beaucoup d'observations, n'avait pas fait l'objet d'une attention particulière, ni d'une description spéciale. C'est depuis une quinzaine d'années seulement que, surtout, en Allemagne, le

professeur Westphal, en particulier, à Berlin, a attiré l'attention sur ces idées spontanées, sur ces idées involontaires, sur ces idées qui s'imposent malgré nous à la conscience; il a donné à ces idées le nom de Zwangsvorstellungen, ce qui veut dire idées forcées, idées qui s'imposent à l'homme, malgré lui. En France, nous avons

miéux ordinairement, donner à cet état un mot plus connu, plus répandu : le mot d'obcession. Les malades sont obsécédés, malgré malgré eux, par certaines idées plus ou moins ridicules, plus ou moins absurdes, qui s'imposent à leur conscience, et dont ils ne peuvent pas se débarrasser. Pour cet état, comme pour les émotions dont

je vous parlais tout à l'heure,
il y a le pendant de cet état
maladif dans l'état physio-
logique il y a des phénomènes
élémentaires qui peuvent être
éprouvés par chacun de nous dans
diverses conditions psychologiques.
Ainsi, par exemple, dans le
rêve, il arrive souvent que
les idées ou des mots s'im-
posent à notre esprit, sans

que nous puissions les chasser. Mais
cet état a lieu même dans l'état
de veille. Il arrive, dans certaines
conditions de surexcitation nerveuse,
à la suite d'une maladie, ou
dans des états nerveux parti-
culiers ou même dans des états
de fatigue cérébrale, il nous ar-
rive à tous d'avoir certains
mots, certaines phrases, certains
couplets, certaines portions de poésie,

ou de chansons, qui s'imposent
à nous, qui nous reviennent
mentalement, incessamment, et
dont nous ne pouvons pas nous
débarrasser. C'est là le phéno-
mène physiologique de l'obses-
sion, qui est anormal, mais
qui n'est pas encore une verita-
ble maladie ; c'est le phénomène
physiologique. Eh bien, chez cer-
tains aliénés, ce phénomène

s'exagère au point de devenir un état habituel, un état extrêmement pénible et un véritable trouble de l'intelligence. Il y a des aliénés qui ont des idées ridicules, des idées absurdes, des idées impossibles, qu'ils jugent eux-mêmes parfaitement déraisonnables, qu'ils cherchent à repousser, à éloigner, et dont ils ne peuvent pas parvenir

à se débarrasser. Ces idées s'imposent à eux, malgré eux, et s'imposent avec une telle ténacité, avec une telle persistance, avec une telle continuité qu'ils ne peuvent pas songer à autre chose, qu'ils ne peuvent pas détourner leur attention, et qu'ils deviennent alors incapables de se livrer à un travail quelconque, à une lecture, à

une occupation, qu'ils sont absolument absorbés par ce travail incessant et automatique de leur intelligence malade. C'est là, la variété de folie avec conscience portant sur les idées intérieure. Les malades ne croient pas à la réalité de ces idées; ils savent qu'elles sont fausses, qu'elles sont maladives, elles n'entraînent pas chez eux, la conviction

mais elles s'imposent avec un tel automatisme, avec une telle puissance, qu'elles dominent leur intelligence et qu'elles deviennent alors la cause d'un véritable état maladif qui porte sur toutes les facultés, quoique provenant de certaines idées délirantes qui s'imposent malgré eux aux malades. Dans ces cas, on est, en quel

que sorte, sur la limite de la raison et de la folie, et il arrive souvent qu'après avoir, d'abord, repoussé ces idées, après les avoir considérées comme fausses et inacceptables, il arrive cependant que, peu à peu, les malades acquièrent un certain degré de conviction et finissent par croire à la réalité et à l'exactitude

de ces idées qu'ils ont d'abord
repoussées. Il y a là une transi-
tion très possible entre la raison
et la folie avec conscience et la
folie au contraire, avec concep-
tions délirantes, telle que nous
la connaissons aujourd'hui.
Mais c'est surtout dans l'ordre
des émotions et des impulsions
que se manifeste la folie avec
conscience. Comme l'a dit très

bien le docteur Morel, dans un travail sur les délires émotifs, le trouble des émotions est la base, le fondement, d'un grand nombre de folies et surtout des folies mélancoliques. Mais il y a un premier degré d'émotivité qui peut être considéré comme une simple maladie nerveuse et non pas encore comme une maladie mentale. C'est

le premier degré sur lequel le docteur Morel a insisté dans son délire émotif. Il y a des états dont je vous ai déjà parlé à propos de la mélancolie, dans lesquels on éprouve une anxiété générale, un malaise, un dégout de la vie, un ennui, un état général de tristesse, qui s'accompagne pourtant de la conserva-

tion de la conscience de son état.
C'est ce qu'on a appelé la fo-
lie avec conscience. Ces malades
sentent qu'ils sont tristes sans
savoir pourquoi; ils s'ennuient,
ils ont le dégout de la vie,
ils sont malheureux, ils ont
un malaise physique et mo-
ral; ils sentent que leur intel-
ligence est affaiblie, que le
mouvement de leurs idées est

retardés, qu'ils n'ont plus la sen-
sibilité qu'ils possédaient autre-
fois, qu'ils sont incapables
d'émotions, d'émotions vives,
alors qu'ils sont, au contraire,
sous l'empire d'émotions tristes.
Il leur semble que, s'ils per-
daient leurs parents, leurs
amis, ils auraient le cœur
sec, ils n'éprouveraient aucune
émotion, qu'ils sont entièrement

transformés et tout différents de ce qu'ils étaient autrefois, au point de vue de la sensibilité, comme au point de vue de l'intelligence. Leurs volontés sont impuissantes, ils sont indécis, ils ne peuvent plus se décider à rien, ils ne peuvent plus se diriger, ils sont, en un mot, malades, au point de vue de toutes les difficultés, mais ils ont conscience de cet état. Ils sentent, au moral, ce

que les hypocondriaques sentent au physique, ils se sentent malades, ils exagèrent même leur état, ils exagèrent même leur insensibilité et leurs troubles intellectuels, ils sont de véritables hypocondriaques au moral.

Cet état est extrêmement fréquent, surtout dans le monde, dans la clientèle privée plus que dans les asiles d'aliénés

et mérite une description parti-
culière. Il y a, dans cet état,
un phénomène général sur le-
quel j'ai déjà appelé votre at-
tention et qui mérite d'être
signalé. C'est une sorte de
vertige moral. Il y a une loi,
dans le monde moral correspon-
dante à la loi du phénomène
physique, l'attraction entraîne
à, la suite, les répulsions d'une

manière fatale ; il y a action et réaction ; il en est de même dans le monde moral, par cela seul que nous éprouvons au moins des craintes, des frayeurs, que nous sommes effra-yés de certaines craintes, de la crainte de nous jeter à l'eau, de la crainte de nous jeter par une fenêtre, de nous précipiter, nous sommes en

même temps, attirés vers cet acte que nous réprouvons, que nous combattons; il y a action et réaction. C'est là le phénomène qu'on éprouve dans le vertige normal, quand on est placé sur une haute montagne ou sur une tour élevée, ou sur un balcon. On a une peur épouvantable de tomber, de se lancer dans le précipice, et

se sent comme attiré à s'y jeter.
Eh bien, cette loi existe dans les folies avec conscience, à un degré excessif. Les malades ont peur de la mort, du suicide, ils ont peur d'être portés à des actes violents qu'ils réprouvent, et ils se sentent attirés à les commettre; plus ils redoutent la mort, plus ils la recherchent; plus ils redou-

tent un crime, un acte violent, plus ils se sentent portés à l'accomplir. Il en résulte un combat, une lutte intérieure des plus pénibles, qui est un des caractères principaux de cette mélancolie, de cette folie avec conscience.

Parmi les émotions pénibles qui existent chez ces malades, il faut surtout citer les faits dont je vous parlais tout à l'heure, c'est à dire ces émotions in-

volontaires, ces tendances que l'on éprouve à se jeter par la fenêtre, à se précipiter du haut d'un pont, à se jeter dans une rivière. Toutes ces tendances que l'on éprouve existent à un haut degré et font le supplice de ces pauvres malades. Ils se sentent attirés malgré eux à des actes qu'ils réprouvent et ils combattent, ils luttent, souvent même

ils triomphent ; mais d'autres fois ils sont obligés d'employer, en quelque sorte, des moyens détournés, des moyens indirects, pour se préserver eux-mêmes. Ainsi ces malades, ayant cette forme de folie avec conscience, viennent d'eux-mêmes, se présenter au médecin, veulent s'enfermer dans les asiles, pour se protéger contre les actes

auxquels ils se sentent poussés,
auxquels ils se croient poussés.
Ils demandent à être enfermés,
ils demandent la camisole, ils
demandent à être protégés; ils
cherchent des moyens indirects
pour suppléer à l'insuffisance
de leur volonté. Mais ce sont
les variétés impulsives qui
sont les plus importantes
parmi les folies avec cons-

cience. Dans ces variétés, non seulement le malade éprouve des craintes, des frayeurs, mais il éprouve de véritables impulsions instinctives, involontaires, irrésistibles. Il éprouve des impulsions au meurtre, au suicide, à l'incendie, au vol, à l'homicide, à tous les actes violents. C'est ce que l'on a appelé la folie impulsive, que

l'on a décrite sous des noms très
divers, sous le nom de monomanie
monomanies instinctives, on a ad-
mis des monomanies aussi va-
riées que les actes que ces ma-
lades peuvent accomplir : mo-
nomanie du vol, de l'incendie,
du meurtre, du suicide, etc.
Pendant très longtemps les élè-
ves d'Esquirol ont décrit, sous
le nom de monomanies, ces folies

instinctives avec conscience. Ce ne sont pas des monomanies ; comme mon père l'a très bien démontré, il y a toujours des troubles très étendus de l'intelligence, de la sensibilité, de la volonté en même temps que prédominance de certaines impulsions et de certains actes, mais ce qui caractérise cette variété particulière de folie impulsive, c'est la cons-

cience de son état. Les malades se sentent portés, malgré eux, à accomplir des actes violents, ils sentent qu'ils ont des impulsions involontaires, instinctives véritables; ils les combattent, ils luttent, ils les réprouvent, et, cependant, ils ne peuvent pas résister, ils ne peuvent pas s'empêcher de d'être portés à l'acte

violent que ces impulsions sollicitent. Il y a là un combat intérieur de la conscience qui est un des états les plus curieux, les plus pénibles qui existent dans l'aliénation mentale. Cette variété de folie avec conscience est certainement la plus fréquente et la plus intéressante à étudier. Je dirai quelques mots seulement

de la variété suicide, du suicide impulsif.

Le suicide, chez les aliénés, peut être causé par des motifs très divers chez les persécutés, chez les aliénés anxieux, chez les aliénés qui se croient ruinés, conduits en prison etc, le suicide est très fréquent, mais en vertu de ~~malades~~ motifs.

Les malades se tuent pour échapper à la mort, pour échapper au déshonneur, pour échapper à un danger quelconque ; ils ont la peur du mal et le mal de la peur ; ils craignent d'être portés à commettre des crimes, ils se tuent pour échapper à cette impulsion. Mais dans la folie avec conscience, il en est tout autrement : Le suicide est

mouvement impulsif, les malades, qui sont presque tous héréditaires, pour ne pas dire tous, ont eu des suicides dans leur famille. Le suicide est une des formes les plus héréditaires de l'aliénation mentale, et héréditaires sous la même forme. Dans les mêmes familles, souvent, on se tue de la même manière, dans les mêmes condi-

tions, au même âge, alors même que les divers membres de la famille ne sont pas connus, ont vécu loin les uns des autres, ont vécu en pays étranger et n'ont pas eu connaissance du suicide de leurs ascendants. Il y a une sorte de fatalité maladive qui est très fréquente, qui n'est pas absolue mais qui se produit constamment

dans les familles des suicidés. C'est surtout sous cette forme impulsive que se produit le suicide héréditaire. Les malades ont le dégoût de la vie, le taedium vitae, ils ont du désespoir sans savoir pourquoi, sans motif, ils sont malheureux, ils ont un malaise physique et moral, une anxiété horrible et ils se tuent pour échapper

à ce malheur, à ce désespoir intérieur.
Le suicide impulsif mérite d'être
étudié particulièrement, et il existe
presque toujours avec conscience.
Les malades savent très bien
qu'ils n'ont pas de motif réel
pour vouloir se débarrasser de
la vie ; ils donnent eux-mêmes,
ils détaillent eux-mêmes les
circonstances favorables de leur
existence, et, malgré cela, mal-

gré eux, ils sont poussés à se donner la mort.

Ce suicide impulsif est une des variétés les plus impor-tantes à étudier dans la fo-lie héréditaire avec conscience

Vous voyez donc, Messieurs, par ce résumé très rapide, qu'il y a un grand nom-bre d'aliénés qui présentent des caractères morbides, des

phénomènes morbides, je veux dire, dans l'ordre des sensations, dans l'ordre des idées, dans l'ordre des émotions et des impulsions, phénomènes morbides qui s'imposent à eux, malgré eux, contre lesquels ils luttent et dont ils ont parfaitement conscience. C'est là un fait capital qui mérite de servir de base à la constitution d'une

variété spéciale de la folie héré-
ditaire. Comme je vous le disais
tout à l'heure, cette variété pré-
sente tous les caractères géné-
raux assignés aux folies héré-
ditaires ; elle est périodique ; elle
est sans hallucinations, elle
n'aboutit pas à la démence,
elle porte plutôt sur les actes
et sur les émotions et les im-
pulsions, que sur les troubles

de l'intelligence : elle réunit, en un mot, tous les caractères que j'ai assignés aux folies héréditaires.

J'arrive maintenant à la seconde partie de cette leçon, c'est à dire à la description d'une variété particulière de folie avec conscience, qui mérite d'être distinguée au milieu de toutes les autres. C'est une sous-variété si vous voulez, une

variété qui paraît secondaire, sans importance, de prime-abord, qui peut paraître sans impor-tance et qui cependant, a une grande valeur, surtout au point de vue des études ultérieures à faire dans la pathologie men-tale. Cette variété qui a été récemment décrite, a reçu des noms différents et il est dif-ficile de lui trouver un nom

qui puisse être accepté sans contesté par tout le monde, par tous les auteurs. Mon père, le premier, l'a appelé : folie du doute. C'est une folie avec conscience. En effet, le doute ou l'hésitation est le fait fondamental qui sert de base à tous les phénomènes qui existent dans cette variété morbide. Depuis lors, on a donné

à cette variété, le nom de délire du toucher, ou crainte du contact des objets extérieurs. Ce sont là, en effet, les phénomènes princi-paux, ainsi que je vous le dirai tout à l'heure. Le nom de folie du doute est celui qui paraît le plus gé-néral et qui indique le mieux le fait fondamental qui sert de base à cette maladie.

quelle que soit la dénomination sur laquelle on peut encore différer, cette variété morbide est parfaitement distincte, mérite une description particulière, et, quand on a vu un certain nombre de malades de ce genre, on ne peut plus les méconnaître, et on retrouve ensuite, dans la clientèle, des malades absolument analogues, conformes à la description théorique qui en a été

faite. C'est donc une variété distincte et spéciale qui mérite d'être étudiée. Monsieur Legrand du Saulle a publié sur cette variété, une monographie assez importante, dans laquelle il a collectionné un grand nombre d'observations empruntées à des auteurs français et étrangers; et il a cherché à établir plusieurs ~~points~~ périodes

successives dans l'évolution de cette maladie. Elle mérite de devenir l'objet de l'attention et d'une monographie spéciale. Plusieurs thèses ont été déjà publiées sur ce sujet, sous des noms différents. Je ne ferai que vous énumérer très rapidement les caractères principaux de cette maladie, et je chercherai à vous en faire comprendre l'importance.

La base, comme je vous le disais, et l'état fondamental de la folie du doute, c'est le doute et l'hé-sitation du toucher, hésitation dans la pensée, hésitation dans l'action. On constate souvent, dès l'enfance, les dispositions pri-mitive de cette maladie : au collège, au couvent, dans les pensionnats, il y a certains en-fants, des jeunes filles ou des jeunes garçons qui présentent

des dispositions exagérées au scru_
pule religieux ou au scrupule
portant sur les faits les plus
insignifiants de la vie. Ces enfants
sont différents des autres, ils se
tiennent à l'écart, ils vivent
seuls, très tristes, sauvages, mé_
lancoliques ; ils sont constamment
préoccupés de la crainte de mal
faire ou de se reprocher des ac_
tes insignifiants qu'ils ont

pu commettre, qu'ils ont pu accomplir. Il y a là une disposition au scrupule qui est très fréquente chez certains enfants, qui augmente avec l'âge qui arrive souvent à son summum à l'époque de la puberté, et qui est bien connu des confesseurs et des professeurs, plus encore que des médecins. Les confesseurs ont, à cet égard des notions très importantes que

ne possèdent souvent pas les mé-
decins. Les malades s'accusent
eux-mêmes, se croient coupables,
croient ne pouvoir jamais se faire
pardonner les fautes qu'ils s'ima-
ginent avoir commises, se confes-
sent sans cesse quand ils sont
dans des institutions religieuses,
se reprochent les faits les plus
futiles de leur vie ; ils ont, en
un mot, une disposition exagé-
rée au scrupule, à la crainte

ils ont des consciences timorées,
C'est souvent chez des enfants
de ce genre ; chez des jeunes gens
de cette espèce, que se produit
la maladie du doute. Cette
maladie remonte, en général,
à l'époque de la puberté ; quel-
quefois, elle succède à des ma-
ladies aigües : fièvres typhoïdes,
rougeoles, varioles, à des mala-
dies fébriles aigües ; d'autres
fois, elle succède à une cause

et même à une frayeur vive, à une émotion vive, qui a eu lieu à un moment donné. Ce qui est remarquable, c'est que lorsque, plus tard, on étudie ces malades, qu'on remonte dans leur passé, qu'on étudie rétrospectivement l'origine de leur maladie, on constate, presque toujours, qu'elle s'est produite, d'une manière claire et év

dente, à jour fixe, à une époque déterminée, à un jour que l'on peut, en quelque sorte, préciser. C'est en vertu d'une occasion, d'un évènement, d'un accident, que, souvent, surgit dans l'esprit de ce malade scrupuleux, timoré, hésitant, qu'il surgit une idée fausse, une idée délirante qui devient le point de départ du délire de toute leur vie.

C'est ainsi, par exemple, ou trouve la morsure d'un chien, enragé ou non, un fait quelconque, un accident, une chute, à l'origine de l'idée délirante qui, plus tard, domine l'esprit de ces malades pendant toute leur vie. Cette maladie se produit donc, le plus souvent, à l'époque de la puberté, et à la suite d'une occasion, d'une cause

bien déterminée, d'un accident, d'un fait que l'on peut retrouver plus tard dans l'histoire des malades. Quoiqu'il en soit, cette maladie présente plusieurs degrés successifs qu'il importe d'étudier. Le premier degré consiste simplement dans le scrupule, dans le doute, l'hésitation, le besoin de se poser des questions mentalement et des

questions sur des sujets les
plus arides, sur les sujets les
plus graves dont puisse s'oc-
cuper l'intelligence humaine.
Les malades commencent par
se poser les questions les plus
étranges, à se demander pour-
quoi il existe des hommes,
des hommes, des femmes, pour-
quoi les hommes diffèrent des
femmes, pourquoi le monde

existe, pourquoi Dieu a créé le monde, si Dieu lui-même exist[e] qu'est-ce que Dieu? etc, ils se posent les questions les plus ar[-]dues, les plus difficiles, et ils ne peuvent jamais trouver de solution aux questions qu'ils se posent, ils passent leur temps à se poser des questions difficiles, quelque-fois insolubles; mentalement

à faire les demandes et les réponses; ils ne peuvent jamais arriver à se convaincre ni à se démontrer le pour ou le contre des questions qu'ils se sont posées. C'est là le premier, le degré élémentaire de cette maladie, c'est le degré du doute. C'est ordinairement le point de départ. C'est sur ce fond particulier, spécial de la maladie, que nais-

sent, peu à peu, une ou plusieurs idées délirantes. Un beau jour, ces malades, qui ont déjà cet état général, ce fonds de la maladie, sont témoins d'un fait ... Ce fait les frappe vivement, et, à partir de ce jour, une idée nouvelle s'introduit dans leur esprit, et quoique produite rapidement, furtivement, en quelque sorte,

d'une manière inattendue, cette idée prend droit de domicile dans leur esprit, s'y implante, y prend racine et dure pendant toute leur vie. Ainsi, ces malades ont été témoins de la morsure d'un enfant, d'une personne quelconque, par un chien; ils se demandent si ce chien était enragé, oui ou non... L'idée de chien enragé les domine.

alors tellement qu'ils ne peuvent
plus l'abandonner et qu'elle
devient le point de départ de
tout leur délire ultérieur. Il
en est de même pour les épin
gles, pour les aiguilles, pour
d'autres objets qui deviennent
la préoccupation constante des
malades et une crainte inces-
sante qui domine toute leur
intelligence pour toute leur vie

Il est remarquable, en effet, que la plupart de ces malades spécialement leur délire et deviennent ainsi, en apparence, des monomanes, semblent n'avoir qu'une seule idée dominante, alors qu'ils en ont plusieurs, et alors on méconnaît le fonds général du trouble de leur intelligence. Ce qui constitue leur

maladie, c'est l'état de folie
avec conscience, c'est à dire l'é-
tat général dans lequel les
idées s'imposent à eux, les
émotions, les impulsions, les idées
délirantes et cependant, quoiqu'
ils ne puissent pas les chasser,
ils ne croient pas à leur réalité,
et ils ont conscience de leur
état maladif. Voilà ce qui
particularise essentiellement

cette variété mentale. Mais à côté du doute qui est le fait dominant, vient se placer un autre phénomène qui paraît sans rapport avec lui et qui, cependant, est très fréquent, presque constant dans cette variété morbide ; c'est la crainte du contact des objets extérieurs.

Ce fait qui paraît très se-

condaire, très insignifiant, a une importance réelle au point de vue clinique, puisqu'il se produit très fréquemment, on pourrait presque toujours, à diverses époques de la maladie. Les malades, au lieu de se borner à se poser des questions sur des sujets ardus et difficiles, au lieu de rester dans le

doute, au point de vue des idées comme au point de vue des actes, s'accrochent à une idée déterminée, à une crainte qui a pour résultat celle de toucher les objets extérieurs. Les idées délirantes qui préoccupent ces malades sont assez variées, mais cependant ne sont pas extrêmement

nombreuses. Il y a environ une trentaine d'idées que l'on rencontre dans ces diverses circonstances. En dehors de ce cercle assez restreint d'idées, on n'en découvre pas d'autres, de sorte que, lorsqu'on a bien étudié ces malades, on les connaît, en quelque sorte, tous. Les uns ont la crainte des épin

gles, des aiguilles, allumettes chi-
miques, des monnaies de cuivre
ou d'argent, la crainte des objets
métalliques; d'autres ont la
crainte des petits papiers, des
objets malpropres, des objets pou-
vant déterminer une contagion
quelconque; la crainte des chiens
ou des chats, la crainte des
chiens enragés; quelquefois au

point de vue religieux, la crainte des hosties, la crainte des profanations, la crainte du contact des objets religieux. Il y a, en un mot, un certain nombre de craintes qui varient selon les époques, selon les individus, selon les situations sociales, mais qui sont loin d'être illimitées. Les ~~idées~~ craintes roulent sur

un cercle très restreint d'idées, presque toujours les mêmes, et, lorsqu'on a vu un certain nombre de malades de ce genre, on retrouve presque toujours, chez les nouveaux malades qu'on peut observer, les mêmes craintes, les mêmes préoccupations maladives. C'est là un fait très singulier de fatalité morbide qui est, du reste, une loi géné-

rale en pathologie mentale.

On s'imagine, à tort, que l'on peut délirer à volonté sur des sujets... au contraire, le cercle des idées délirantes de toutes les formes de la folie, est beaucoup plus restreint qu'on ne l'imagine. Mais ce qu'il y a de remarquable dans cet état maladif, c'est que, quelle que soit l'idée prédominante, qui

s'agisse d'aiguilles, de papiers, de monnaies, de chiens, de chats, etc ce qui domine, c'est la crainte du contact des objets extérieurs; c'est là le fait capital, essentiel, caractéristique de cette maladie. Ces malades après avoir passé par la phase du doute et de l'hésitation simple, arrivent à une hésitation et à un doute qui portent sur les

objets extérieurs, et ceci change com-plètement leur mode d'existence. Tandis que, dans la pre-mière ~~de~~ q périodes de questions de doute et d'hésitation inté-rieure le malade peut encore se livrer aux devoirs de sa pro-fession, vive de la vie commune, vive de la vie de la vie de fa-mille et ne pas laisser aper-cevoir les craintes qui l'obsèdent

intérieurement ; tandis qu'à cette époque, la maladie ne peut être constatée que par les confidences des malades et nullement par leurs actes et par leur manière de vivre, plus tard, au contraire, les actes des malades dénotent tellement leur état maladif qu'il est impossible de le dissimuler à tous les yeux. Il y a donc deux périodes très dif-

férentes dans l'évolution de cet état mental, dans la première période tout se passe à l'intérieur : il y a lutte intérieure entre les phénomènes nouveaux qui se produisent, les phénomènes maladifs et la partie restée saine de l'intelligence. Le malade se livre à un travail intérieur des plus pénibles, à une lutte incessante

entre le bien et le mal, entre la maladie et la raison. Mais cette lutte se passe dans son for intérieur, il est seul témoin, il peut arriver à la dissimuler, la plupart du temps, au monde extérieur; de temps en temps, il fait quelques confidences à quelques personnes amies, à quelques parents, mais généralement, il conserve ces phéno-

mêmes, il continue à vivre de la vie générale. Il y a, dans beaucoup de situations sociales, des malades qui sont déjà malades à la première période et dont la maladie n'apparait pas aux yeux; ils continuent à remplir les devoirs de leur profession; s'ils sont dans une administration ils continuent à

remplir leurs fonctions, personne ne s'aperçoit de leur état maladif. Mais la maladie progresse, et c'est alors qu'ils arrivent à la seconde période qui est la période essentiellement morbide, la période que l'on peut appeler folie avec conscience, avec crainte du contact des objets extérieurs. A cette période, la maladie est surtout

caractérisé par les actes, les ac-
tes ridicules, les actes bizarres,
les actes singuliers, mais qui
sont toujours les mêmes chez
tous ces malades. Ainsi, lors-
qu'on a vu un ou deux de
ces malades, on les connaît
tous; on peut même étonner
les familles, les parents qui
viennent vous consulter, par

la narration de la maladie, alors même qu'on n'a constaté qu'un symptôme. Lorsqu'on voit par exemple, un malade qui hésite en poussant une porte, en ouvrant ou en fermant une porte, qui cherche à éviter le contact de ses vêtements avec les murailles ou avec les personnes présentes, qui se livre, en un mot, à un de ces actes parti-

culiers à cette maladie, on peut, de là, déduire immédiatement toute l'histoire de la maladie, depuis son début jusqu'à sa terminaison, et faire cette histoire sans avoir besoin de l'interroger. Cette maladie est donc toute à fait spéciale. Elle se caractérise par un certain nombre de symptômes sur lesquels il importe d'insister très rapidement.

Le premier et le plus important de ces faits, c'est la répétition mentale. Ces malades ont besoin de se répéter à eux-mêmes, mentalement, les mêmes questions, les mêmes faits, les mêmes idées, et de chercher à se convaincre de plus en plus, par la répétition constante des mêmes arguments, des mêmes démonstrations. Ainsi, par exemple, ils se croient cou-

pables, ils cherchent à se démon-
trer que leur culpabilité n'est pas
réelle, qu'ils ne sont pas aussi
coupables qu'ils croyaient, mais
ils n'y parviennent jamais. Le
même doute, les mêmes scrupules
reviennent, et jamais le ma-
lade ne parvient à se convain-
cre. Il en est de même de
ceux qui craignent les épin-
gles, les aiguilles, les chiens

enragés ou une contagion quelconque. Ils cherchent constamment à se prouver à eux-mêmes qu'ils n'ont pas touché tel objet ; que tel objet n'était pas contaminé ; que leurs vêtements n'a pas eu de contact avec l'objet ; qu'ils n'ont pas rencontré sur leurs pas des épingles et des aiguilles ; que tous ces faits qu'ils redoutent ne sont pas réels, et

qu'ils n'ont pas à se tourmenter,
Mais malgré cette démonstration
intérieure qu'ils se font incessam-
ment, malgré ce combat, cette
lutte continuelle, ils n'arrivent
pas à se convaincre, et ils ont
les mêmes craintes, les mêmes
doutes, les mêmes scrupules,
les mêmes hésitations, les mê-
mes perplexités intérieures.
La répétition mentale est donc

un fait capital dans cette maladie, et le besoin de chercher à se convaincre par des répétitions incessantes. Ce travail intérieur, cet espèce de supplice, qui consiste à se répéter constamment les mêmes choses et les mêmes idées, est tellement pénible pour les malades qu'ils cherchent par tous les moyens à y échapper et plusieurs d'entre eux arrivent à découvrir des moyens

très ingénieux pour chercher à
mettre un terme à ces perplexités
intérieures. Les uns font des vœux,
se promettent, par exemple, de
répéter les choses 30, 40 ou 60 fois
de suite. Quand ils sont arrivés
à ce nombre fixé par eux-mêmes
ils s'arrêtent momentanément,
ils cherchent à oublier l'idée
qui les tourmente; d'autres fois
ils cherchent des procédés indi-

rects pour s'occuper extérieurement, se fixer des tâches, des vœux, des moyens indirects, en un mot pour lutter contre ces tendances maladives qui sont pour eux un véritable supplice. Mais ils ne se bornent pas à ces moyens indirects, ils éprouvent le besoin de chercher un complice, de chercher, dans le monde

extérieur, une personne qui leur serve de consolateur et d'appui; ils s'accrochent alors à une personne avec laquelle ils vivent; un parent, un ami, un domestique, un serviteur, un répétiteur; ils se donnent, en quelque sorte, un répétiteur; ils ont une personne qui leur répète sans cesse les mêmes mots, les mêmes

idées, les mêmes affirmations pour tâcher d'arriver à les convaincre de la non-réalité de leurs préoccupations morbides. Non seulement ils cherchent à se le prouver à eux-mêmes, mais ils veulent se le faire prouver par autrui. Ils arrivent ainsi presque constamment, à avoir un confident, un répétiteur, un souffre-douleurs, et, toutes les

fois qu'on observe un malade
de ce genre, on peut chercher
son complice, on peut dire : voilà
un malade qui est atteint de
cette maladie du toucher, de
cette maladie du doute... il
a un complice, il a un souffre
douleurs, il a une personne de
sa famille ou de son entourage
qui est obligée de subir toutes
ses obsessions et de lui répéter

sans cesse les mêmes mots, les mêmes idées, les mêmes phrases, pour chercher à le convaincre. C'est là un fait extrêmement curieux, très intéressant à signaler. Ainsi donc : répétition mentale, intérieure, besoin de faire des voeux et de chercher des moyens indirects pour combattre les tendances mauvaises, existence d'un souffre-douleurs ou d'un

répétiteur, les malades ayant plus confiance dans l'affirmation d'autrui que dans leur propre affirmation : voici des faits généraux qui se rencontrent presque toujours dans cette maladie. Ce qui la caractérise essentiellement, ce sont les actes auxquels se livrent les malades. Les malades ont la crainte ont la crainte du contact de

certains objets extérieurs, parce qu'ils supposent que ces objets peuvent avoir touché des objets, ou d'autres objets contaminés, nuisibles, dangereux. Or, ce fait domine toute leur existence; c'est en cela que consiste essentiellement l'état morbide. Les malades ne peuvent pas se livrer à d'autres occupations,

ils abandonnent les devoirs de leur profession, les sentiments les plus sérieux de la vie, les devoirs de la famille, la vie commune; ils abandonnent tout pour se livrer incessamment à ces préoccupations enfantines, à ces niaiseries qui constituent le fond même de leur existence. Depuis le matin jusqu'au

soir, les malades n'ont pas d'autre préoccupation que de chercher à éviter le contact des objets dangereux. Il en résulte qu'ils ne peuvent pas sortir du lit sans de nombreuses hésitations, qu'ils ne peuvent pas s'habiller, que chacune des pièces de leur vêtement devient l'objet d'une perplexité d'un doute et d'une hésitation, d'une

crainte, qu'ils ne peuvent pas sortir de leur appartement, qu'ils ne peuvent pas ouvrir une porte ou la fermer, qu'ils ne peuvent pas toucher le bouton d'une porte sans se servir d'un pan de leur habit, ou de leur robe, quand il s'agit d'une femme; qu'ils craignent que leurs vêtements aient du contact avec les murailles, avec

les personnes présentes, avec tous les objets qui sont censés avoir été contaminés, touchés par l'objet redouté. Ils passent ainsi toute leur vie dans des perplexités incessantes. Quand ils se mettent à table, ils ne peuvent pas s'asseoir, ils hésitent à se mettre sur une chaise qu'ils croient avoir été touchée par une autre personne

ils ne peuvent pas toucher un couteau, une assiette, une fourchette, un aliment : tout est contaminé, tout est à craindre tout est à éviter. La vie de famille devient impossible, la vie de société encore plus, et, peu à peu, quand la maladie augmente, et surtout dans les périodes de paroxysme, ces malades sont condamnés à

à s'enfermer chez eux ; à rester au
lit, à ne pas changer de vêtement,
car, chose remarquable, ils craignent
surtout les nouveaux vêtements,
ils s'imaginent que les vêtements
neufs ont été touchés par l'ob-
jet de leurs craintes, et ils ne
veulent pas en changer ; ils
ne changent pas de linge, de
chemise, ils conservent leurs vê-
tements déchirés et sales, dé-

goutants, pendant des mois, des années ; ils restent au lit, ils refusent de changer de linge, il arrivent au degré le plus extrême de la malpropreté et de l'abandon. Voilà le terme de cette maladie quand elle arrive au summum du paroxysme. C'est une maladie beaucoup plus fréquente qu'on le croit, qui existe plus souvent chez la femme

que chez l'homme, qui se produit souvent dans les familles, qu'on observe très peu dans les asiles d'aliénés, mais qu'on rencontre plus souvent qu'on ne le croit dans la clientèle privée, qui est souvent observée par les médecins s'occupant des maladies nerveuses plutot que de maladies mentales. Ce n'est pas considéré comme

véritable folie dans le monde, on appelle cela une manie, un état mixte nerveux. Ces malades craignent, eux-mêmes, redoutent, de devenir aliénés. Ils demandent s'ils le deviendront. C'est un état qu'on rencontre souvent dans le monde et qui est beaucoup plus fréquent qu'on ne l'imagine en général. Cet état mérite une description particulière. Le temps

me manque pour entrer dans beaucoup de détails. Seulement j'ai voulu donner, sous une forme rapide, les faits les plus caractéristiques de cet état mental. Cet état mental a donc tous les caractères d'une folie héréditaire. Il existe pendant toute la vie; quand il s'est produit une fois *chez* un malade, on peut craindre qu'il se reproduise

jusqu'à la mort. Cependant c'est une maladie essentiellement rémittente et paroxystique. Très fréquemment, il s'écoule plusieurs années pendant lesquelles il survient une amélioration considérable, soit spontanément, soit à la suite d'un traitement quelconque, par l'hydrothérapie, d'un traitement moral, par la régularité, par la régularité imposée, par

des voyages, par des moyens phy-
siques et moraux employés si-
multanément ; on obtient ainsi des
rémissions dans cet état mental,
mais, plus tard, il arrive souvent
de nouveaux accès de cette ma-
ladie qui dure, ordinairement,
pendant toute la vie. J'ai observé
autrefois, et mon père a observé
avant moi, certains malades
qui vivent encore, et qui, depuis

leur jeunesse jusqu'à l'âge le plus avancé, ont présenté ces mêmes phénomènes avec des paroxysmes très prononcés et des rémissions également très prononcées. C'est une maladie dont, par conséquent, le pronostic est grave, sans être, cependant, aussi grave que celui d'autres maladies mentales, puisqu'elle est susceptible d'a-

méliorationi considérable pendant plusieurs années. Il y a des malades qui, placés dans les Asiles pendant les périodes de paroxysme, sont rendus à leur famille et peuvent reprendre leurs occupations et revenir à l'état primitif, c'est à dire à l'état où la maladie se passait dans le for intérieur et n'était pas visible pour les assistants

Cette maladie, quelque grave qu'elle soit, est donc susceptible d'un certain degré d'améliora_tion. Il importerait beaucoup d'observer de nouveaux malades de ce genre et de publier des observations détaillées pour com_pléter celles qui existent au_jourd'hui dans la science.

Mais, dès à présent, nous avons assez de données, assez

de documents sur cet état mental particulier, pour en faire une description vraiment typique, une description absolument réelle et vraie et qui permette de conclure d'un malade à un autre. Tous ces malades se ressemblent. C'est une variété morbide absolument distincte, qui a une description particulière vraiment classique, et,

sous ce rapport, elle peut nous servir de modèle et de spécimen pour l'avenir. C'est en cela qu'elle est surtout intéressante. Elle prouve que la pathologie mentale peut devenir une science véritable et ne peut pas être abandonnée comme elle l'a été jusqu'à présent, à toutes les fantaisies des romanciers, des littérateurs, des psychologues.

Au lieu de se borner à des gé-
néralités sur les aliénés, au lieu de
croire que toutes les idées les plus
absurdes peuvent naître et se dévelop-
per chez les différents aliénés, on
arrive, au contraire, par une étude
attentive et clinique, à savoir
que tout est commandé par la
forme morbide. Il y a une sorte
de fatalité morbide qui impose
certaines idées à certaines variétés

de maladies mentales. Il y a des espèces dans la folie comme dans l'histoire naturelle, comme dans la botanique, comme dans la zoologie et (c'est là le vrai progrès de notre science spéciale) et, au lieu de se contenter de descriptions tout à fait générales, s'appliquant à un très grand nombre de maladies, englobant dans leur élasticité et leur vague, les idées

les plus diverses, il faut arriver à préciser davantage les descriptions, s'approcher davantage des faits particuliers et créer ainsi des variétés cliniques parfaitement décrites, parfaitement délimitées, qui soient différentes des généralités trop vagues que nous possédons aujourd'hui. C'est là que sera le véritable progrès de notre science spéciale.

Nous avons déjà commencé

aujourd'hui, à distinguer certaines de ces variétés qui méritaient d'être décrites, sur lesquelles j'ai cherché à appeler votre attention dans le cours de cette année.

Je terminerai aujourd'hui ces leçons, espérant pouvoir les reprendre l'année prochaine. Cette année, j'ai eu pour but de vous indiquer quelques spécimens de formes morbides bien connues, bien déterminées, pouvant servir de base

à l'étude d'autres formes moins connues, moins bien étudiées.

Nous avons parcouru ensemble les diverses variétés, les paralysies générales, les folies héréditaires, les diverses variétés de la mélancolie. Nous avons ainsi quelques spécimens de formes morbides, bien déterminées, bien décrites, qui peuvent servir de modèles pour en étudier d'autres qui sont moins bien connues.

